

Министерство образования и науки Республики Казахстан

НАО Медицинский университет Караганды

Иманалиева И.А.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

**Анализ заболеваемости ОНМК и вторичная профилактика
реабилитируемых пациентов**

специальность 5В110200 – «Общественное здравоохранение»

Караганда 2019

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНСУЛЬТ	5
1.1. Заболеваемость инсультом в мире	5
1.2. Теоретико-методологический обзор отечественных и зарубежных источников по проблеме реабилитации больных, перенесших инсульт	10
1.3. Факторы риска и вторичная профилактика инсульта	20
1.4. Организация медицинской помощи инсульт пациентам на уровне страны	27
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
Глава 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНМК И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕАБИЛИТИРУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ	32
3.1. Исследование половозрастной структуры заболеваемости ОНМК г. Караганды	32
3.2. Социально-гигиенический портрет реабилитирующихся больных, перенесших инсульт г. Караганды	38
3.3. Предложения по вторичной профилактике инсульта	48
ВЫВОДЫ	49
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	50
ПРИЛОЖЕНИЯ	55

СОКРАЩЕНИЯ

CPG	- Clinical Practice Guidelines/ Руководство по клинической практике
DALY	- Disability adjusted life year/Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности
FMS	- Family medicine specialists/семейный врач
GBD	- Global Burden of Disease/ комплексная региональная и глобальная программа исследований бремени болезней
iCaPPS	- Integrated care pathway for post stroke patients/пути комплексного ухода за пациентами после инсульта
ICP	- Integrated care pathways/ пути комплексного ухода за пациентами
NICE	- The National Institute for Health and Care Excellence/ Национальный институт здравоохранения и передового опыта
SSNAP	- Sentinel Stroke National Audit Programme/Национальная программа аудита по контролю инсульта
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ЗГТ	- заместительная гормональная терапия
ИМТ	- индекс массы тела
ЛПУ	- лечебно- профилактическое учреждение
МДК	- мультидисциплинарная команда
МР	- медицинская реабилитация
НАБИ	- "Национальная ассоциация по борьбе с инсультом"
ОНМК	- Острые нарушения мозгового кровообращения
ПП	- паллиативная помощь
РК	- Республика Казахстан
РФ	- Российская Федерация
ССЗ	- сердечно-сосудистые заболевания
США	- Соединенные штаты Америки

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Инсульт - это мозговой приступ. Это происходит, когда кровоснабжение части мозга прерывается, убивая клетки мозга.

Так вот, ишемические инсульты вызываются блокировками, которые отключают кровоснабжение разных частей мозга, в зависимости от локализации. Блокировки могут быть вызваны сгустком крови или другими веществами (например, жировыми отложениями) и могут возникать в мозговой артерии или небольшом кровеносном сосуде глубоко внутри мозга. И в результате, без кровоснабжения клетки мозга начинают умирать. Это повреждение может иметь различные последствия, в зависимости от того, где оно происходит. А геморрагические инсульты возникают, когда кровеносный сосуд лопается внутри или на поверхности мозга. Геморрагические инсульты, как правило, более тяжелые и связаны со значительно более высоким риском смерти в течение первых трех месяцев и после, по сравнению с ишемическими инсультами. Их также называют субарахноидальным кровоизлиянием (кровоотечение на поверхности мозга) или внутримозговым кровоизлиянием (кровоотечение в головном мозге) [1].

В 2015 году смертность от инсульта составила 11,8% от общего числа смертей во всем мире, что делает инсульт второй ведущей глобальной причиной смерти от ССЗ [2]. Инсульт вызывает около 6,2 миллиона смертей каждый год, принимая жизнь каждые 5 секунд [3]. Установлено что, мировая заболеваемость, инвалидность и ранняя смерть в следующие 15 лет (к 2035 году) удвоится [1].

Цель исследования: Разработать предложения по вторичной профилактике реабилитируемых пациентов города Караганды.

Объект исследования: пациенты перенесшие ОНМК (инсульт)

Задачи исследования:

1. Изучить структуру заболеваемости острых нарушений мозгового кровообращения половозрастного состава населения г. Караганды.
2. Построить социально- гигиенический портрет реабилитирующихся пациентов перенесших инсульт г. Караганды.
3. Составить предложения по вторичной профилактике инсульта

Научная новизна:

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые среди реабилитационных пациентов г. Караганды рассмотрена проблема вторичной профилактики инсульта и даны практические предложения для снижения риска развития повторного инсульта.

Практическая значимость:

Полученные данные и материалы могут использоваться для планирования проведения профилактических мероприятий для снижения риска развития повторного инсульта у реабилитационных пациентов перенесших инсульт.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНСУЛЬТ

1.1. Заболеваемость инсультом в мире

По данным исследования GBD (Global Burden of Disease) [4], в 2016 году инсульт был второй по величине причиной смерти в мире (5,5 млн. смертей) после ишемической болезни сердца. Целью данного исследования являлась оценка глобальной бремени от инсульта с 1990 и 2016 года по всему миру. В результате, число смерти мужчин (2,9 миллиона [2,8-3,0] смертей) от инсульта больше, чем женщин (2,6 миллиона [2,5-2,7] смертей). А абсолютное число глобальных смертей от ишемического инсульта (2,7 млн.) ниже, чем от геморрагического инсульта (2,8 млн. смертей).

В 2016 году в мире насчитывалось 80,1 миллион случаев инсульта: 41,1 миллиона случаев приходится на женщин и 39,0 млн. на мужчин. Из общего числа распространенных инсультов большинство были ишемическими. Наибольшее стандартизированное по возрасту число случаев инсульта наблюдалось в Восточной Азии, особенно в Китае 354 на 100000 человек, а затем в Восточной Европе в диапазоне от 200 на 100000 человек. Самые низкие показатели были в центральной части Латинской Америки, особенно в Сальвадоре 97 на 100000. Возрастная частота инсультов моложе 55 лет у обеих возрастных групп была одинаковой, но в возрасте 55-75 лет значительная частота у мужчин.

Уровень заболеваемости снизился с 1990 по 2016 год во всем мире на 8,1% во всех группах. Регионом с наибольшим снижением заболеваемости стала южная Латинской Америка от 33,3 до 29,7 %, а регионом с самым большим увеличением стала Восточная Азия - 4,9%; от 1,3 до 8,1. Что касается геморрагического инсульта, заболеваемость снизилась во всех регионах.

Инсульт был также второй наиболее распространенной причиной глобальных DALY (116,4 млн., что, увеличившись по сравнению с 1990 годом. У женщин этот показатель ниже. Показатели DALY для инсульта также снизились с 1990 по 2016 гг. Опять же, при этом наибольшее изменение произошло в Азиатско-Тихоокеанском регионе - 61,5% и самые маленькие в южной части Африки к югу от Сахары.

Если обратить внимание, (Приложение № 1,2) в Казахстане число случаев инсульта на 100000 населения в диапазоне от 200 до 300 и идет снижение социально демографического индекса с доверительным интервалом в 95% в период 1990-2016 года на 15,2% [4]. Вдобавок, обзор статистики по отдельным континентам еще раз подтверждает постоянство важности инсульта во всем мире.

Согласно официальной статистике Американской Ассоциации Сердца [5] и инсульта, в США с 2005 по 2015 год смертность от инсульта с поправкой на возраст снизилась на 21,7%, а фактическое число смертей от

инсульта снизилось на 2,3%. Каждый год около 795 000 человек сталкиваются впервые или повторно с инсультом. Приблизительно 610 000 из них впервые, а 185 000 повторно. Если рассматривать инсульт отдельно от других сердечно-сосудистых заболеваний, он занимает 5 место среди всех причин смерти в США, убивая почти 133 000 человек в год. Инсульт является ведущей причиной серьезной долгосрочной инвалидности и составляет 1 из каждых 19 смертей в США, убивая каждые 3 минуты 45 секунд [5].

Наряду с этим, Ассоциация инсульта Соединенных Королевств [1] определило, что в Великобритании более 1,2 миллиона людей, перенесших инсульт. В Британии каждый год более чем 100 000 случаев инсульта, это примерно один случай каждые пять минут. Также 1 из 6 мужчин и у каждая пятая женщина в жизни сталкивается с инсультом.

Самый большой процент населения перенесших инсульт в Шотландии, а самый высокий уровень смертности приходится на Великобританию.

Процент людей в Шотландии, выживших в течение более чем 30 дней после инсульта, немного улучшился с 81% в 2007 году до 85% в 2016 году.

В Англии, Уэльсе и Северной Ирландии, у более четверти населения, был повторный инсульт или транзиторная ишемическая атака, также 1 из 17 (6%) пациентов сталкиваются с повторным инсультом находясь в больнице. Число людей, страдающих транзиторной ишемической атакой в Шотландии, увеличилось на 17% за последнее десятилетие (с 2006 года). Наибольший риск повторного инсульта в первые 30 дней после инсульта. В Англии средний возраст людей, перенесших инсульт, составляет 72 года для мужчин и 78 лет для женщин. В Шотландии средний возраст инсульта составляет 71 год для мужчин и 75 лет для женщин. Примерно каждый четвертый инсульт случается с людьми трудоспособного возраста [1].

Разумеется, в нашей Республике также ведутся отчетные статистически работы на базе АО «Координационного центра по проблемам инсульта». Согласно данным инсультной службы [6] за период 12 месяцев 2017 года в стационарах РК всего было пролечено 41293 пациентов с ОНМК, что, по сравнению с аналогичным периодом 2016 года больше на 2,5%. Из них, наиболее высокие цифры (на 100 тыс. населения) отмечаются в Павлодарской области - 330,5; Карагандинской - 309,7, Восточно-Казахстанской-304,0; Акмолинской области-262,2; Кызылординской области - 260,7 (Рисунок 1.)

Анализ половозрастной структуры показал, что из всех заболевших 53% составляют мужчины и 47% женщины; наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдается в возрастной группе от 41 до 60 лет - 37%, затем от 61 до 70 лет - 31%, от 71 года и выше - 28% и от 16 до 40 лет - 4%. При этом заболеваемость в наиболее социально-активном и трудоспособном возрасте составляет 68 % (Рисунок 2).

Показатель летальности в стационаре по пролеченным случаям с ОНМК (геморрагический + ишемический инсульты) по РК за 12 месяцев

2017 года составил 13,3 %, наблюдается увеличение по сравнению с аналогичным периодом 2016 года на 0,7. При этом, наиболее высокие цифры стационарной летальности от ОНМК в РК за 12 месяцев 2017 года отмечаются в Костанайской области - 16,9, Акмолинской области - 16,0, СКО - 15,6, Карагандинской области - 14,4, Восточно-Казахстанской области - 14,3, Алматинской области - 14,2, Актюбинской области - 13,7.

Проведенный анализ по половозрастной структуре среди всех умерших в стационаре показал, что мужчины составляют 54%, а женщины 46%; наиболее высокий уровень отмечается в возрастной группе от 71 лет и выше - 35%, затем от 41 до 60 лет - 33%, от 61 до 70 лет - 27% и от 16 до 40 лет - 5%.

Показатель по индикатору смертности от инсульта на дому в течение 1 месяца после выписки в РК за 12 месяцев 2017 года составил 5,6 случаев против 7,1 в 2016 году. Наиболее высокие показатели отмечаются в Карагандинской области и Алматинской области - 6,8, СКО - 6,7, ЮКО - 6,5, Павлодарской области - 7,7, Актюбинская области - 6,4 [6].

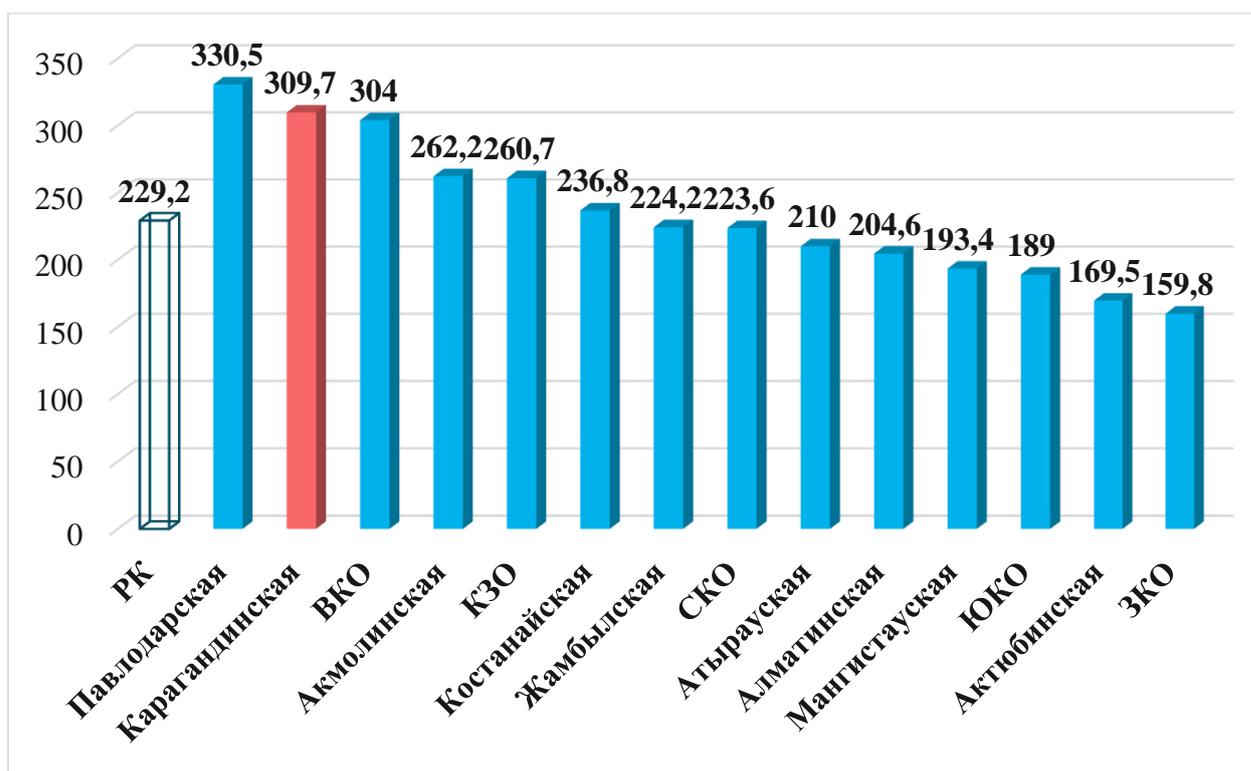


Рисунок 1. Заболеваемость ОНМК за 2017 год в Республике Казахстан (на 100 тыс. населения).

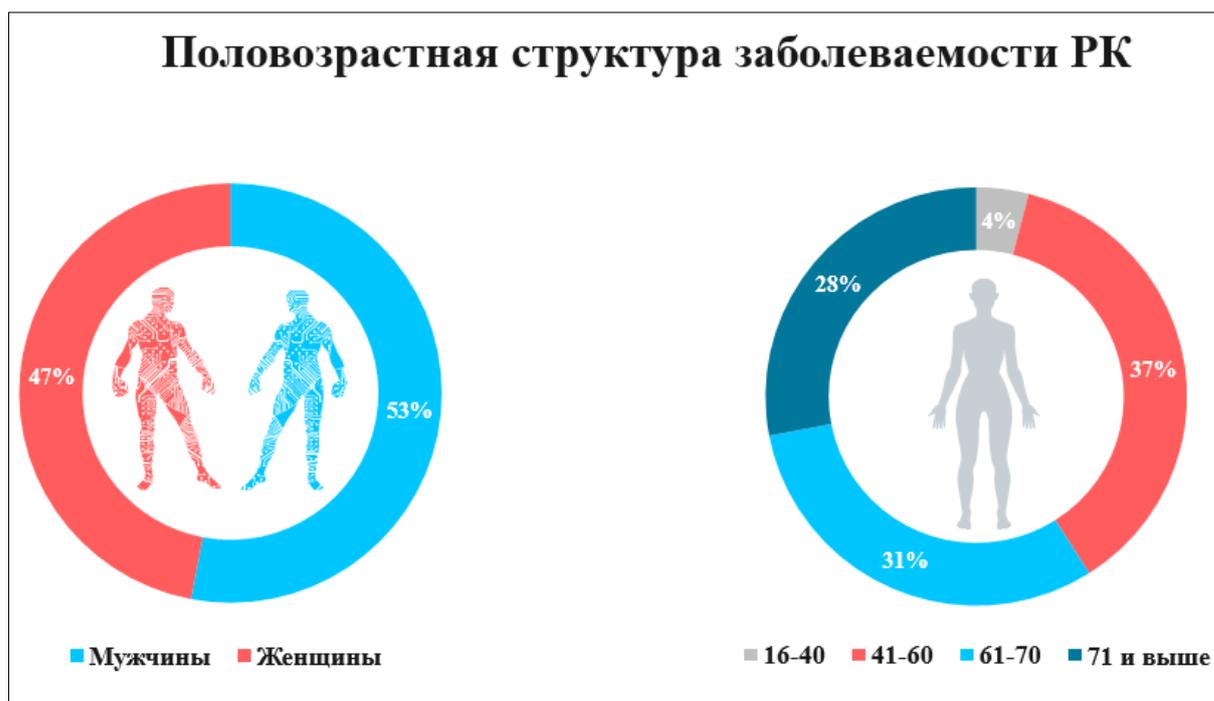


Рисунок 2. Половозрастная структура заболеваемости ОНМК за 2017 год.

Следовательно, частичная утрата физических функции, инвалидизация пациентов и их нетрудоспособность идет в ряд с социально-активным возрастом, как и говорилось ранее составляющим 68%, а летальность идет после старшей возрастной группы, то есть потребность в реабилитации возрастает в возрастной группе от 41-60 лет. Так же это влияет на медико-социальный статус больных инсультом в данной возрастной группе.

Инсульт является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения [7]. Почти две трети выживших после инсульта в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии покидают больницу с инвалидностью, 84% пациентов покидают больницу, нуждающимся в помощи в повседневной жизни (трудотерапия), но 20% тех, кто нуждается в помощи, может и не получить его [8]. Треть выживших после инсульта испытывают некоторый уровень афазии, которая влияет на их способность говорить, писать, читать или понимать то, что говорят другие.

Афазия - это расстройство языка и общения, вызванное повреждением языковых центров мозга. Инсульт также может вызвать дизартрию, слабость мышц лица, из-за которой трудно говорить ясно; и апраксия, состояние, которое затрудняет движение или координацию мышц лица, рта и горла, необходимых для речи. Проблемы с речью, как правило, улучшаются довольно быстро, обычно в течение первых трех-шести месяцев. Тем не менее, от 30 до 40% из тех, кто пострадал, будут серьезно поражены в долгосрочной перспективе [9]. Около половины всех выживших после инсульта в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии нуждаются в речевой и языковой терапии после инсульта. Однако, только половина

людей, которые нуждаются в этой терапии, чтобы помочь их выздоровлению, фактически получают это. Недавнее исследование показало, что 44% выживших после инсульта испытывают сильную тревогу в результате своей афазии. Эмоциональность или трудности в контроле эмоциональных реакций, таких как плач или смех, распространены после инсульта. Эмоциональность наблюдается примерно у 1 из 5 выживших после инсульта в первые шесть месяцев после инсульта [10].

В опросе Ассоциации инсульта 2015 года более 1000 постинсультных пациентов, сказали о тяжелом эмоциональном воздействии инсульта. 42% людей сообщают о негативных изменениях в отношениях с партнером после инсульта и четверть людей сообщают, что инсульт оказал негативное влияние на их семью [11].

Также после инсульта распространена усталость, что может повлиять на многие аспекты повседневной жизни. Это может быть серьезной проблемой для людей, возвращающихся на работу, и связано с депрессией после инсульта [12]. Инсульт может повлиять на ваше настроение и вызвать изменения в ваших чувствах. Около трети выживших после инсульта испытывают депрессию после инсульта [13]. Более половины пациентов после инсульта испытывают симптомы тревоги в какой-то момент в течение десяти лет после инсульта [14].

И стоит отметить когнитивные нарушения, которые включают в себя проблемы с мышлением, памятью, концентрацией, практикой, такие как базовая арифметика. Некоторые больные испытывают апраксию (иногда называемую диспраксией), которая влияет на их способность планировать задачи и упорядочивать шаги, которые они должны предпринять в своей голове, затрудняя выполнение повседневных задач, таких как приготовление чашки чая. Синдром игнорирования является еще одним когнитивным нарушением, которое может возникнуть после инсульта. Это возникает, когда ваш мозг испытывает трудности с обработкой информации от вашего тела. Если ваш инсульт вызвал потерю движения в одной руке или ноге, может возникнуть ощущение, что это не часть вашего тела [1].

Учитывая тяжелые нарушения в организме после инсульта и при росте средней продолжительности жизни населения, возрастает и риск развития инсульта у взрослого населения с последующей потребностью в реабилитационной помощи. Поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи инсульт пациенту необходимо восстановление утраченных функций для продолжения жизнедеятельности в виде социального, работающего звена населения страны, а реабилитация представляет с собой медицинский комплекс услуг отличающееся ресурсоемкостью и преемственностью.

В данной работе изучается заболеваемость ОНМК с медико-социальными аспектами реабилитируемых инсульт пациентов на уровне г. Караганды с последующим составлением социально-гигиенического портрета и предложении по вторичной профилактике.

1.2. Теоретико-методологический обзор отечественных и зарубежных источников по проблеме реабилитации больных, перенесших инсульт

В восстановительном периоде инсульта выделяют ранний восстановительный период (6 месяцев), поздний восстановительный период (до года) и резидуальный период (более года). В целом, постинсультная инвалидизация составляет от 70 до 82%. Лишь 15% больных, перенесших инсульт, возвращаются к труду [15].

При формировании программ реабилитации больным, перенесшим мозговой инсульт, следует учитывать динамику восстановления нарушенных функций. Восстановлению нарушенных функций способствует деятельность сохранных отделов головного мозга. Особенно большое значение имеют сохранные корковые зоны, подкорковостволовые образования, в частности ретикулярная формация мозгового ствола, принимающие участие в процессах перестройки функций нервной системы. На уровень реабилитации (полной или частичной) в значительной степени оказывают влияние правильная организация и проведение восстановительных мероприятий в остром периоде инсульта [16].

Первый этап реабилитации больных с мозговым инсультом подразумевает под собой оказание экстренной помощи в остром периоде инсульта [17]. Реабилитационные мероприятия должны проводиться с первых дней заболевания и в достаточно полном объеме. Правильно организованное лечение инсульта на раннем этапе болезни, функционально-восстановительные мероприятия на более поздних этапах нередко позволяют в значительной степени уменьшить дефект, частично или полностью восстановить нарушенные функции и вернуть больному трудоспособности [16].

Второй этап призван обеспечить больному более активный образ жизни, иногда и возвращение к труду. Решаются вопросы психосоциальной реабилитации и разработка дальнейшего реабилитационного маршрута больного с учетом тяжести состояния и сопутствующей соматической патологии, проводится лекарственная терапия.

Третий этап направлен на подготовку к трудовой деятельности и социальной независимости от окружающих. Таким образом, реабилитационные мероприятия в восстановительном периоде инсульта включают в себя фармакотерапию, физиотерапию, кинезотерапию, психотерапию, восстановление высших мозговых функций, трудотерапию [17].

Для лечения пациентов перенесших ОНМК в амбулаторных условиях специалистам необходимо оценить наличие реабилитационного потенциала и отсутствие противопоказаний для восстановительных мероприятий. Критериями можно считать способность к самообслуживанию и самостоятельному перемещению и общению, отсутствие потребности в круглосуточном медицинском наблюдении и посторонней помощи. Важным

аспектом является составление индивидуальных программ реабилитации и определение методов контроля эффективности реабилитационного процесса, необходимо учитывать коморбидные и сопутствующие патологии [18].

По данным NICE (Национального института здравоохранения и клинического мастерства), 1 из 20 инсультов в Уэльсе, Англии и Северной Ирландии лечатся в больничных учреждениях, которые не отвечают требованиям. Уход за инсультом улучшается в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии [19].

В 4 из 10 больниц в Англии не хватает консультантов по инсульту. Только в 51% больниц имеется достаточное количество старших медсестер для лечения пациентов, перенесших инсульт [20]. В Англии, Уэльсе и Северной Ирландии 9 из 10 (96%) пациентов, перенесших инсульт, получают лечение в отделении инсульта [19]. В 2016 году 82% пациентов в Шотландии обслуживались в инсультном отделении, что является значительным улучшением с 2015 года, когда только 78% пациентов получали уход в инсультном отделении [21].

Достижения в области медицинских технологий улучшили показатели смертности среди пациентов, перенесших инсульт, в результате чего одна треть больных с инсультом во всем мире выживает с постоянной инвалидностью в преклонном возрасте [22]. Несмотря на то, что инсульт является острым заболеванием, его долгосрочные осложнения и нарушения требуют долгосрочной зависимости от государственной системы здравоохранения. Оказание помощи после инсульта требует координации междисциплинарного предоставления услуг, межсекторальное сотрудничество в рамках системы доставки общественного здравоохранения имеет жизненно важное значение для обеспечения пациентам продолжительную, оптимальную помощь после инсульта после выписки из больницы. В большинстве систем общественного здравоохранения во всем мире фрагментация и плохая координация медицинской помощи были самыми большими препятствиями в обеспечении адекватного ухода и реабилитации после инсульта [23].

В России реализация медицинской реабилитации медицинскими организациями, а также правоотношения между субъектами права регулируются следующими нормативно-правовыми актами как Федеральный Закон РФ и Конституция [24]. В Республике Казахстан реабилитационная помощь больным перенесших инсульт реализуется почти аналогично с РФ с отличиями в связи системой здравоохранения на текущий год. Реабилитационная помощь регламентируется:

- Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2013 года № 759(Об утверждении стандарта организации оказания медицинской реабилитации населению РК)

На всех этапах оказание помощи пациентам по МР проводится при участии МДК, прошедших подготовку по медицинской реабилитологии. Мультидисциплинарная команда - группа различных специалистов, имеющих подготовку по медицинской реабилитологии и оказывающих комплексную реабилитацию под руководством врача-координатора, создаваемая на всех этапах МР руководителем организации здравоохранения.

Задачами МДК являются:

- проведение и оценка степени тяжести состояния и нарушений БСФ пациента при поступлении, в динамике и перед выпиской в соответствии с международными критериями;
- определение реабилитационного диагноза, реабилитационного потенциала и прогноза;
- определение объема, этапа, медицинской организации для проведения МР [25].

Структурированная помощь при инсульте должна учитывать ранние сроки реабилитации, квалифицированную реабилитационную команду и продолжительность реабилитации, которые являются важными элементами, которые были определены как улучшение общих результатов для пациентов с инсультом [26]. Данные систематических обзоров подтверждают, что организованные отделения реабилитации после инсульта и более высокой интенсивности реабилитации связаны с улучшенными, качественными функциональными результатами по сравнению со смешанными, общими и мобильными отделениями реабилитации инсульта [27]. Это говорит о том, что неврологическая реабилитация сама по себе не представляет уровень полезных изменений, наблюдаемых в реабилитации после инсульта [26]. Оказывается, что реабилитационные услуги независимо от условий связаны с улучшением функциональных результатов [28]. Примерами таких условий, в которых предоставляются реабилитационные услуги, являются палаты для инсультов, амбулаторные учреждения и т.д.

Существуют убедительные доказательства, подтверждающие положительные эффекты раннего поступления в отделения реабилитации после инсульта в течение 24-48 часов после инсульта для улучшения функциональных результатов. Но, скрининг на возможное поступление в отделения реабилитации после инсульта следует проводить, когда состояние здоровья пациента стабильно. Клиницист, проводящий оценку, должен специализироваться на реабилитации после инсульта или иметь большой опыт нейрореабилитации, тип и состояние пациента, его серьезность и классификация являются жизненно важными детерминантами инвалидности и функциональных способностей, а также способности к обучению и продолжительности физических действий [29]. Услуги реабилитации от инсульта состоят из команды профессионалов, которые помогают с физическими потребностями пациента и сосредоточены на когнитивных, эмоциональных и профессиональных навыках. Фактически

данные показали, что специалисты по реабилитации после инсульта, сотрудничающие в группах, более эффективны в улучшении функционального восстановления и качества жизни по сравнению с одной специальностью [30].

Что касается продолжительности, нет единого мнения относительно идеального времени, необходимого для завершения программы реабилитации пациентов с инсультом. Программы реабилитации от инсульта сильно меняются между подразделениями и единицами.

Согласно Американскому Конгрессу Восстановительной Медицины, продолжительность определяется как «период времени, в течение которого проводится индивидуальный сеанс» [31]. Кроме того, продолжительность каждого сеанса реабилитации после инсульта варьируется в зависимости от нескольких факторов, таких как выздоровление, тяжесть, связанные с этим осложнения и отзывчивость на терапию [32]. Хотя некоторые выжившие после инсульта выздоравливают быстро, большинству необходима некоторая форма реабилитации после инсульта в течение более длительного времени, возможно, месяцев или лет [1]. Эффективные программы реабилитации после инсульта определяются междисциплинарной командой специалистов, которые работают сплоченно и тесно, предоставляя обширную программу реабилитации каждому пациенту [33].

Эти программы меняются в зависимости от типов терапии, предлагаемых в дополнение к их интенсивности и продолжительности времени. В целом, успешная реабилитация от инсульта зависит от:

- физических элементов (включая тяжесть инсульта с точки зрения, как когнитивных, так и физических воздействий);
- эмоциональные причины (такие как мотивация и настроение, а также способность придерживаться реабилитационной деятельности вне сеансов терапии);
- социальные аспекты (например, поддержка семьи);
- лечебные факторы (такие как раннее начало реабилитации и навыки команды по реабилитации после инсульта) [29].

Амбулаторная реабилитация после инсульта определяется как вид лечения, при котором пациенты обращаются в клинику или больницу для посещения сеансов, а затем возвращаются домой в тот же день [34]. По ряду экономических и социально-демографических факторов, наряду с растущим числом выживших после инсульта, растет энтузиазм по поводу амбулаторной реабилитации после инсульта [35]. Амбулаторные учреждения могут быть компонентами более крупных больничных учреждений и обеспечивать доступ к медицинским услугам, включая программы реабилитации после инсульта. Пациенты регулярно проводят несколько часов, часто 3 дня в неделю в лечебных учреждениях, а затем возвращаются домой. Канадскими исследователями было проведено пробное испытание для изучения роли комбинации амбулаторных и

стационарных реабилитационных программ для сердечно-сосудистой системы, и способности ходить [36].

Все 50 пациентов, перенесших инсульт, получали 60-минутные сеансы физиотерапии 5 раз в неделю в качестве стационарных больных в течение 6 недель и 3 раза в неделю в качестве амбулаторных пациентов в течение еще 6 недель. Они обнаружили, что у тех пациентов, которые получили программу реабилитации после инсульта, включая тренировку на беговой дорожке с поддержкой веса тела, были лучшие результаты по сравнению с обычным лечением инсульта. Также, в небольшом пилотном рандомизированном исследовании исследователи изучали влияние амбулаторной реабилитации на ходьбу и равновесие у пациентов с хроническим инсультом. Реабилитация проводилась в течение 4 недель в третичном неврологическом госпитале в Китае. Результаты показали, что краткосрочные амбулаторные программы реабилитации были жизнеспособными в улучшении баланса и функции ходьбы после инсульта [28].

Растущее количество фактических данных свидетельствует о том, что пациенты добиваются большего успеха благодаря хорошо организованному, междисциплинарному подходу к пост-острой реабилитации после инсульта. Строгое соблюдение руководящих принципов реабилитации после острого инсульта было связано с улучшением результатов лечения пациентов, и пришли к выводу, что «соблюдение руководящих принципов можно рассматривать как показатель качества медицинской помощи, с помощью которого можно оценить новые организационные и финансовые изменения, связанные с реабилитацией после острого инсульта» Департамент по делам ветеранов США разработал алгоритм для пациентов с инсультом и результаты применения этого руководства продемонстрировали полезность этого алгоритма [37].

Стационарная реабилитация после инсульта определяется как междисциплинарная команда, которая наблюдает за пациентами, только перенесших инсульт в палате по крайней мере одну неделю [38].

Эти учреждения могут быть независимыми или составлять некоторую часть крупной больничной системы. Пациенты остаются в этих учреждениях, обычно в течение 2-3 недель, и участвуют в комплексных программах реабилитации. Обычно эти программы включают не менее 3 часов элементного лечения в день, в течение 5 или 6 дней в неделю. В ранее опубликованном рандомизированном контролируемом исследовании (randomized-controlled trial), проведенном в Германии, оценивались последствия пост-острой стационарной реабилитации после инсульта [39].

Все 30 пациентов, перенесших инсульт, получали лечение в течение 2 недель. Результаты этого исследования показали, что реабилитация больных с инсультом в стационаре положительно влияет на подвижность. Кроме того, экспериментальное исследование Австралии было направлено на тестирование моторных и когнитивных функций у пациентов с острым

постинсультным заболеванием после инфаркта головного мозга. Все 44 пациента, перенесших инсульт, были случайным образом распределены на 5 одночасовых сеансов в течение одной недели выполнения ежедневных заданий под контролем терапевта [40]. Результаты этого исследования показали значительное улучшение двигательной функции. Более поздний систематический обзор был проведен для изучения того, какие переменные могут предсказать функциональную независимость при выписке из стационарных реабилитационных учреждений. Этот обзор включал 27 исследований, в которых сообщалось о показателях индекса Бартеля или показателя функциональной независимости [41]. Функциональная способность улучшалась у пациентов после реабилитации после инсульта в стационаре, и что это может быть предсказано переменными, такими как возраст и история инсульта [28].

Реабилитация при инсульте на дому характеризуется как комплексный пакет услуг, предоставляемых клиницистом или медсестрой с целью избежать необходимости госпитализации или расширения возможностей для своевременной и более виртуальной выписки и последующего наблюдения на дому [42].

Реабилитация на дому принимает во внимание необычайную адаптивность, так что пациенты могут адаптировать свою программу реабилитации к своим индивидуальным потребностям и графикам. Эта помощь часто наиболее подходит для людей, которые нуждаются в лечении у специалиста по реабилитации. Предыдущее исследование 71 терапевтической практики проводилось в северной Германии в течение 2 лет для сравнения эффективности реабилитационных программ в домашних условиях или стандартной медицинской помощи для пациентов с дисфункцией верхних конечностей после инсульта [43]. В исследовании приняли участие 156 пациентов, 85 из них были назначены для получения программы реабилитации в своих домах, а 71 пациенту была назначена стандартная терапия. Это исследование показало, что домашняя терапия была более эффективной, чем обычная терапия, в улучшении качества движений и двигательной функции. Систематический обзор РКИ изучила функциональные преимущества программы реабилитации на дому для людей, перенесших инсульт [44]. Результаты этого обзора показали, что реабилитация на дому была очень эффективной через 6 недель и 3 месяца, но менее ясна через 6 месяцев. Кроме того, в отдельных исследованиях этого обзора сообщалось об увеличении степени удовлетворенности уходом в пользу реабилитации на дому [28].

Развивающиеся страны сталкиваются с дополнительными проблемами по лечению инсульта с точки зрения доступа к специализированным услугам и отсутствия необходимого должным образом обученных сотрудников, обеспечивающие непрерывную реабилитацию после инсульта, как только пациенты вернутся в общество [45].

К примеру, Малайзия, стремясь к достижению статуса развитой страны, имеет довольно хорошо отлаженную государственную систему здравоохранения для обслуживания населения. Государственные учреждения первичной медико-санитарной помощи в этой стране хорошо оснащены для оказания хронической долгосрочной помощи [41].

Обученные семейные врачи или специалисты по семейной медицине/family medicine specialists (FMS) в большинстве из 220 центров общественного здравоохранения по всей стране привели команду первичной медико-санитарной помощи к оказанию качественных услуг первичной медико-санитарной помощи в различных медицинских центрах. Эти медицинские центры также предоставляют физиотерапевтическую и /или трудотерапию, медицинские лабораторные услуги, а также выдачу лекарств на месте. Они оказывают первичную медицинскую помощь окружающим общинам в районах с населением от 10 000 до 30 000 человек. В современной литературе из развитых стран в основном рассматриваются вопросы оказания неотложной медицинской помощи и оказания помощи после инсульта в общинах, которые поддерживаются общинными реабилитационными центрами и службами социальной поддержки [4]. Эти возможности в большинстве случаев отсутствуют развивающихся стран по всему миру, и они в значительной степени зависят от групп первичной медицинской помощи для предоставления адекватных, доступных медицинских услуг населению.

За границей существует понятие комплексного ухода как Integrated care pathways аналогичная в смысле и в целях нашим мульти дисциплинарным командам. Исторически Пути комплексного ухода/Integrated care pathways (ICP) возникли в Соединенных Штатах Америки и Великобритании в 1990-х годах и широко используются в развитых странах. Первоначально ICP были разработаны для стационарного лечения заболеваний, и они обычно являются уникальными для больницы учреждения, в котором они были разработаны [46].

В Малайзии в традиционной модели оказания медицинской помощи, которая в настоящее время действует, отсутствует руководство с точки зрения ее способности организовывать реабилитацию для пациентов после инсульта на уровне сообщества, а также проводить скрининг на осложнения, связанные с инсультом.

Конструкция iCaPPS в Малайзии (integrated care pathway for post stroke patients) включало в себя экспертную дискуссионную панель, чтобы предоставить информацию об уходе за пациентами, перенесшими инсульт, от острой стадии до долгосрочной помощи, с точки зрения провайдеров по уходу за инсультом [47].

Это был двухэтапный процесс:

1 этап был направлен на нынешний процесс оказания медицинской помощи пациентам. Это связано с тем, что в существующих руководствах по клинической практике не рассматриваются вопросы передачи

медицинской помощи помимо лечения острого инсульта, долгосрочного ухода или дальнейшей реабилитации пациентов после инсульта на уровне сообщества. [48].

На 2 этапе у группы спросили их мнение о ведении пациентов, перенесших инсульт, на уровне сообщества, для рекомендации, основанных на текущих данных, и определения предложений по лучшим методам ухода, которые были бы полезны для местного общественного здравоохранения [49]. Все эксперты были клиницистами, которые активно участвовали в оказании помощи при инсульте во всех общественных и университетских медицинских учреждениях. Количество специалистов в области здравоохранения, занимающихся оказанием помощи при инсульте, в этой стране крайне ограничено. Специалисты, предоставляющие услуги по лечению инсульта в частном секторе, не рассматривались, так как целью этой инициативы было улучшение оказания медицинской помощи после инсульта в учреждениях общественного здравоохранения. Каждый из членов группы экспертов имел минимальный пятилетний опыт работы в качестве специалиста в своей области. Эксперты были сгруппированы в соответствии с их областями компетенции.

Они получили общий брифинг о целях встречи и подробностях об ожидаемых результатах, т.д. Эксперты описали обычные процессы оказания медицинской помощи, которые в настоящее время применяются на практике в большинстве государственных медицинских учреждений по всей стране, описав процесс оказания помощи от острой стадии до выписки из третичного центра, а также обрисовали последующий процесс последующего наблюдения, который продолжается в амбулаторных условиях. Группа обсудила план оказания помощи после инсульта, используя основу для реабилитации пациентов, перенесших инсульт, в качестве основы:

- управлять факторами риска инсульта,
- предотвратить осложнения, связанные с инсультом и / или без инсульта,
- реинтегрировать выживших обратно в общину [48; 50].

В результате эксперты определили критерии пациентов, которым может управлять группа первичной медицинской помощи в центрах общественного здравоохранения. Было достигнуто консенсусное решение по критериям пациентов, которых можно лечить в учреждениях первичной медико-санитарной помощи при совместном подходе к лечению, и тех, кому необходимо было в течение длительного периода наблюдения в специализированной / третичной поликлинике. Следующие пациенты могут быть обследованы в государственных медицинских центрах первичной медицинской помощи:

- пациенты в возрасте 40 лет и старше во время острого инсульта;
- те, у кого нет сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний;
- те, у кого нормальная функция почек;

- те, у кого стеноз коронарной артерии с проходимостью просвета более 50%; те с факторами риска инсульта или коморбидными состояниями, которые хорошо контролируются.

Группа единодушно согласилась, что более молодые пациенты, то есть в возрасте 40 лет и младше, должны проходить наблюдение в третичном центре со специализированными услугами по лечению инсульта в отличие от учреждений первичной медицинской помощи. Пациенты в этих возрастных группах обычно нуждаются в других специализированных услугах, которые в основном базируются в третичных больницах. Подход совместного ухода позволяет проводить постоянный осмотр пациента между специалистами, специализирующимися на лечении инсульта, и группой первичной помощи. Это также облегчает долгосрочную оценку исхода инсультного больного после того, как он покидает третичную / вторичную больницу.

Использование ICP облегчает введение руководящих принципов и способствует постоянной оценке клинической практики и процессов документооборота. Улучшения достигаются путем частого пересмотра путей, чтобы отразить текущую местную передовую практику. ICP отличаются от CPG практических клинических руководств/Clinical Practice Guidelines, протоколов и алгоритмов, так как их использует многопрофильная бригада, и они сосредоточены на качестве и координации помощи [48; 49].

В 2001 году ВОЗ разработала систему измерения здоровья и инвалидности как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях, названную Международной классификацией функционирования, инвалидности и здоровья, более известную как ICF [28]. ICF - это краткий, важный и точный инструмент, который можно использовать в реабилитации после инсульта, чтобы обеспечить многомерный подход к описанию функционирования и инвалидности пациентов, перенесших инсульт, и помочь в организации этой информации. Функции организма могут быть определены как физиологические функции систем организма, в то время как действия и участие могут быть определены как выполнение задачи или действия индивида и участие в жизненной ситуации. соответствии с 3 доменами ICF [51].

А в Нидерландах большинство пациентов, перенесших инсульт, получают реабилитацию дома, в специализированных отделениях гериатрической реабилитации дома престарелых или в специализированных реабилитационных центрах.

Специализированные реабилитационные центры в основном предназначены для молодых, более жизненно важных пациентов с инсультом, которые часто все еще участвуют в трудоустройстве, в то время как пожилые пациенты, часто с множественными заболеваниями, влияющими на их толерантность к физической нагрузке, в основном

реабилитируются в гериатрическом реабилитационном учреждении дома престарелых [52].

В Нидерландах существует три варианта реабилитации пациентов, перенесших инсульт, которые представляют три различных направления лечения.

1. Реабилитация на дому с амбулаторным лечением, предоставляемым терапевтами из служб первичной медико-санитарной помощи или с помощью дополнительной реабилитации в дневном уходе в больнице или доме престарелых
2. Стационарная реабилитация в гериатрическом реабилитационном отделении дома престарелых
3. Стационарная реабилитация в специализированном реабилитационном центре [53].

Во многих развитых странах практикуют паллиативную, хосписную помощь пациентам после инсульта. К сожалению, в Казахстане она отсутствует, что значительно сказывается в цифрах в виде смертности от инсульта на дому 1 месяц.

Чтобы оказать ПП пациентам с инсультом и их семьям, необходимо знать больше о потребности в паллиативной помощи, специфичных для инсульта. Например, специфичные симптомы для инсульта можно лечить иначе, чем похожие при лечении рака. Постинсультная боль, является распространенным симптомом, но лечение, связанное с раковой болью, может быть не самым эффективным способом его купирования. Опиоиды могут снижать внимание и усугублять запоры, в то время фокусные вмешательства, как инъекции ботулинического токсина, могут больше помочь в случае спастичности со значительно меньшими побочными эффектами. ПП адресован как пациенту, так и его семье. Ближайшие родственники серьезно обременены быстро меняющейся жизненной ситуацией, изменениями функционального и психологического статуса пациента и обязанностями по уходу на дому. Следовательно, необходимо разработать эту индивидуальную поддержку для лиц, обеспечивающих уход. Определение соответствующих терапевтических целей и обсуждение альтернатив являются необходимыми шагами на всех этапах инсульта.

Ближайшие родственники чреватые неопределенностью противоречивыми повествованиями, одновременно нацеленными на хороший результат и описывающими катастрофическое развитие в двойном представлении [3]. Неопределенность, является основным фактором стресса, но может быть решительно решена путем ее открытого решения и участия в прозрачном и содержательном диалоге о возможных результатах и терапевтических целях. Открытое обсуждение неопределенности результатов в отношении здоровья с пациентами, семьями и лицами, осуществляющими формальный уход, является ключевой компетенцией в области ПП. Для достижения этой цели необходимо дальнейшее обучение специалистов здравоохранения навыкам общения. Открытое обсуждение

терапевтических целей может способствовать установлению доверительных отношений с пациентами и их семьями.

Опять же доказано, что интегрированные пути оказания помощи повышают качество лечения пациентов, перенесших инсульт, и пациентов, находящихся в хосписной и паллиативной помощи, соответственно [54]. Тем не менее, интегрированный подход ПП еще не был реализован в лечении инсульта. Помимо первоначальной и острой оценки, регулярные оценки имеют решающее значение для выявления пациентов с инсультом, у которых позднее развивается потребность в ходе их заболевания из-за осложнения, ухудшение состояния и усиление стресса у неформальных попечителей. Существующие инструменты скрининга на ПП, которые в основном получены из исследований потребности паллиативной помощи больных раком, не отражают специфические бремя симптомов пациентов с хроническими заболеваниями. Внедрили структурированный подход для пациентов с инсультом, основанный на вопроснике, который отправляется пациентам или ближайшим родственникам в течение 6 месяцев после выписки. Вопросник представляет собой инструмент самооценки, который проверяет наличие «Контрольный список потребностей паллиативной помощи в четырех областях (физическом, психическом, социальном, духовный)» и был утвержден для пациентов с ПП и неврологических показателей, таких как модифицированная шкала Ранкина и индекс Бартела. Кроме того, мы рассматриваем боль и дискомфорт, связанные со спастичностью, как специфические и излечимые симптомы [55].

Соответствующий момент времени для интеграции ПП является основной проблемой при внедрении ПП, особенно для пациентов с инсультом и их семей. ПП берет свое начало в уходе за больными раком в конце жизни, что было отражено в серии технических докладов [56]. Многие изменилось в пользу пациентов. Сегодня ПП понимается как интегрированная услуга, которая работает в сочетании с другими медицинскими специальностями с целью улучшения качества жизни и улучшения СБ независимо от прогноза в случае любого угрожающего жизни заболевания [57]. Благодаря систематической и ранней интеграции ПП было обнаружено несколько полезных эффектов, например, снижение синдрома бремени и депрессии, повышение качества, удовлетворенность ближайших родственников и вероятность выживания у онкологических больных. ПП приобретает все большее значение в неврологии [58], но он легче интегрируется в некоторые подгруппы, например, заболевания мотонейронов, болезнь Паркинсона и рассеянный склероз, чем в других, таких как инсульт, в качестве клинического течения инсульта. принципиально отличается от вышеупомянутого.

1.3. Факторы риска и вторичная профилактика инсульта

Некоторые факторы риска инсульта известны как модифицируемые факторы риска: аспекты образа жизни людей, которыми можно управлять

или улучшать их собственное поведение. Управление изменяемыми факторами риска, такими как неправильное питание, курение или избыточный вес, может помочь с другими факторами риска, такими как высокое кровяное давление и диабет, и, в свою очередь, снизить риск инсульта.

Крупное международное исследование, опубликованное в 2016 году, показало, что 10 модифицируемых факторов риска (Таблица 1) вызывают 9 из 10 инсультов по всему миру. [50]

Таблица 1. Факторы риска развития инсульта

Модифицируемые факторы риска	Не модифицируемы факторы риска
Высокое кровяное давление	Возраст
Высокий уровень холестерина в крови	Этнос
Диабет (тип 2)	Пол
Потребление алкоголя	Семейная история болезни сердца
Малоподвижность	ПФО (дыра в сердце)
Употребление наркотиков	Мерцательная аритмия
Избыточный вес	Диабет (тип 1)
Курение	Курение История болезни сердца

Лица с риском развития инсульта и пациенты, перенесшие инсульт, должны пройти оценку факторов риска сосудистых заболеваний, получать индивидуальную информацию и консультации о возможных стратегиях изменения их образа жизни (диета, физические упражнения, вес, потребление алкоголя, курение), а также использования оральных контрацептивов или заместительной гормональной терапии. Направление к соответствующим специалистам должны быть сделаны по необходимости, так как они могут предоставить более комплексные оценки и структурированные программы для управления конкретными факторами риска [59].

В целом считается, что мужчины более подвержены риску инсульта в более молодом возрасте, чем женщины. Обычно это происходит из-за сочетания поведенческих и медицинских факторов [60]. Диабет и сердечные заболевания, как факторы риска развития инсульта, чаще встречаются среди мужчин. Кроме того, в среднем мужчины потребляют больше алкоголя и чаще курят [61]. А высокие показатели смертности у женщин больше, чем у мужчин. Это потому, что женщины, как правило, живут дольше, чем мужчины, и риск инсульта увеличивается с возрастом.

Обычно женщины наблюдается повышенный риск инсульта из-за гормональных изменений, контрацепции, беременности и родов [62].

Гормональная контрацепция с применением эстрогена может увеличить вероятность образования тромбов [63]. Исследования показали, что прием таблетки может увеличить риск сердечного приступа и инсульта в 1,6 раза. Хотя для здоровых женщин, у которых нет других факторов риска, риск все еще крайне низок [64]. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) может немного увеличить риск инсульта. На каждые 1000 женщин, принимающих ЗГТ, у дополнительных шести будет инсульт, а у восьми - тромб. Хотя общий риск инсульта у молодых женщин очень низок, беременность может увеличить риск возникновения инсульта. При 100 000 беременностей у 30 будущих мам будет инсульт, связанный с беременностью [65]. Женщины, как правило, испытывают худшие психологические и физические последствия инсульта. Это может быть потому, что женщины, как правило, переносят инсульт, когда они старше и часто живут одни [66].

На сегодняшний день, доказано важность вредных привычек в развитии инсульта. Например, курение удваивает риск смерти от инсульта и табачный дым содержит более 7000 токсичных химических веществ, включая окись углерода, формальдегид, мышьяк и цианид. Эти химические вещества переносятся из легких в кровоток, изменяя и повреждая клетки по всему телу и увеличивая риск инсульта [67]. Сигаретный дым может влиять на уровень холестерина, снижая количество «хорошего» холестерина в вашей крови и увеличивая количество «плохого» холестерина. При вдыхании сигаретного дыма угарный газ и никотин попадают в кровоток. Угарный газ уменьшает количество кислорода в крови. Никотин заставляет ваше сердце биться быстрее и повышает кровяное давление, увеличивая риск инсульта. Курение может также вызвать эпизод мерцательной аритмии. Химические вещества в сигаретном дыме также повышают вероятность слипания тромбоцитов в крови. Это увеличивает вероятность образования сгустка. Каждый шестой (16%) человек в Великобритании является активным курильщиком, однако число курильщиков быстро сокращается. Около 1,9 миллиона посещений британских больниц в год в связи с условиями, связанными с курением [29].

Также, курение кальяна сопряжено с теми же рисками, что и курение сигарет. Исследование, проведенное в Швеции среди здоровых некурящих, показало, что 30-минутное курение электронных сигарет увеличило частоту сердечных сокращений, артериальную жесткость и кровяное давление. Все это факторы, которые могут способствовать увеличению риска инсульта. Несмотря на это, Public Health England поощряет переход от табака к электронным сигаретам, если людям трудно бросить курить, потому что другие исследования показали, что они менее токсичны [1].

А наследственность ишемического инсульта составляла 40,3% для заболевания крупных сосудов, 32,6% для кардиоэмболического инсульта, 16,1% для заболевания мелких сосудов и 37,9% для всех случаев ишемического инсульта [43]. Эти наблюдения предполагают, что генетические компоненты играют важную роль в патогенезе ишемического

инсульта, в дополнение к обычным факторам риска, таким как гипертония и сахарный диабет [68].

Все вышеперечисленные факторы риска имеют первостепенное значение как при первичной, так при вторичной профилактике. Вторичная профилактика, как комплексное клиническое мероприятие направленная в основном на лекарственную терапию пост инсультных пациентов для предупреждения его повторного случая.

Исторически сложилось так, что 90-дневный риск рецидива инсульта после индекса транзиторной ишемической атаки был относительно высоким, между 12% и 20% с наибольшим риском рецидива в течение первых двух дней после появления первых симптомов [69]. Тем не менее, недавно было показано, что долгосрочный риск рецидивов в течение 5 лет среди лиц с незначительным инсультом или транзиторной ишемической атакой, у которых не было ранних осложнений, более чем в 5 раз выше. Для пациентов с множественными факторами риска 7-дневный риск инсульта после транзиторной ишемической атаки может достигать 36% [4]. С недавним принятием или расширением доступности клиник быстрого ишемического приступа и срочным обследованием у специалистов по инсульту риск рецидива инсульта значительно снизился. Было показано, что более широкое использование и доступность чувствительного нейровизуализации для выявления незначительных событий, а также более широкое использование антиагрегантов, антикоагулянтов, антигипертензивных агентов, гиполипидемических средств и каротидной эндартерэктомии значительно снижает риск развития крупного инсульта после первоначального незначительного события [70].

Фонд Инсульта Канады в своем 6 издании практического руководства по вторичной профилактике инсульта определило рекомендации по основным факторам риска. Прежде всего, здоровая сбалансированная диета. Консультирование по придерживанию здоровой диеты, включает в себя:

- разнообразные натуральные и цельные продукты при каждом приеме пищи меньше продуктов с высокой степенью переработки, которые включают продукты с высокой степенью очистки;
- диета с высоким содержанием овощей и фруктов;
- побуждение пациентов выбирать свежие или замороженные несладкие фрукты или фрукты, консервированные в воде без добавления сахара или искусственных, некалорийных подсластителей; свежие или замороженные овощи без добавления соуса или консервированные овощи без соли;
- постное мясо, цельное зерно и белок из растительных источников с низким содержанием насыщенных и транс-жиров, низким содержанием холестерина (<200 мг в день для пациентов с повышенным сосудистым риском) и низким содержанием натрия;

- средиземноморская диета с высоким содержанием овощей, фруктов, цельного зерна, рыбы, орехов и оливкового масла и низким содержанием красного мяса;
- напоминание об общем потреблении свободных сахаров, чтобы не превышало 10% от общего ежедневного потребления калорий (энергии);
- потребление натрия из всех источников до 2000 мг в день [59].

Физической активности

Предложения Фонда по физической активности чтобы, уменьшить сидячий образ жизни и достигением более активных целей, которые переносятся на протяжении всего периода восстановления после инсульта возможны с помощью:

- обучением пациентов для участия в динамических упражнениях умеренной интенсивности (таких как быстрая ходьба, бег трусцой, плавание, езда на велосипеде) от 4 до 7 дней в неделю, для накопления не менее 150 минут в эпизодах по 10 минут и более, в дополнение к повседневной жизни
- составлением регулярной программы упражнений для пациентов
- проведение надзора со стороны медицинского работника (такого как физиотерапевт), при начале упражнений следует внимательно рассматривать пациентов с риском падения или травмы, или лиц с другими сопутствующими заболеваниями (такими как сердечные заболевания), которые могут подвергать их более высокому риску, как, осложнения

Вес

Консультирование пациентов для достижения индекса массы тела (ИМТ) от 18,5 до 24,9 кг / м² или окружность талии <88 сантиметров для женщин и <102 сантиметров для мужчин включает: (** Примечание: эти цифры отражают текущие исследования, основанные в основном на пациентах с Кавказа. См. Справочный список для значений окружности талии для других этнических групп.*)

- здоровые цели потери веса и разработка индивидуальных планов для достижения целей
- обращение к диетологу

Потребление алкоголя

- воздержаться употребления алкоголя в больших количествах, так как чрезмерное потребление алкоголя увеличивает риск ишемического инсульта и внутричерепного кровоизлияния
- потребления алкоголя с низким уровнем риска для женщин, не более 10 напитков в неделю, не более 2 напитков в день в течение дней и не более 3 напитков по любому поводу; для мужчин - не более 15 напитков в неделю, не более 3 напитков в день в течение большинства дней и не более 4 напитков в любой отдельный момент [71].

Примечание: считается, что одним стандартным напитком является 13,6 г или 17,2 мл этанола или примерно 44 мл крепкого (40%) крепкого алкоголя, 355 мл 5% пива или 148 мл 12% вина.

Пероральные контрацептивы и заместительная гормональная терапия

- Пероральные контрацептивы, содержащие эстроген или заместительную гормональную терапию, не следует продолжать или у женщин с транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом. У этих пациентов следует рассмотреть альтернативы.

Употребление наркотиков

- Людям с инсультом и известным рекреационным употреблением наркотиков, которые могут увеличить риск развития инсульта (например, кокаин, амфетамины), следует рекомендовать прекратить употребление, если оно не назначено по медицинским показаниям; и должны быть обеспечены соответствующей поддержкой и направлениями в службы и ресурсы для лечения наркомании и реабилитации.

Отказ от курения

- Во всех медицинских учреждениях, расположенных вдоль континуума инсульта (стационарных, амбулаторных и общественных), статус курение пациента должен быть идентифицирован, оценен и задокументирован;
- Предоставьте недвусмысленные, объективные и конкретные для пациента советы относительно важности прекращения курения для всех курильщиков и других лиц, проживающих с пациентом;
- Предложите помощь с началом попытки бросить курить - либо напрямую, либо через направление в соответствующие ресурсы внутривенно;
- Людям, которые не готовы бросить, следует предложить мотивационное вмешательство, которое поможет повысить их готовность бросить;
- Комбинация фармакологической терапии и поведенческой терапии должна рассматриваться во всех программах и вмешательствах по прекращению курения. Три класса фармакологических препаратов, которые следует рассматривать как терапию первой линии для прекращения курения, - это никотин заместительная терапия, варениклин и бупропион;
- Выбор подходящей фармакотерапии должен учитывать медицинскую стабильность пациента, клинические потребности, другие медицинские факторы и предпочтения пациента;
- Для пациентов, перенесших инсульт в больнице, которые в настоящее время курят, должны быть разработаны протоколы для управления отменой никотина во время госпитализации;

- Члены междисциплинарной группы должны консультировать пациентов, членов семьи и лиц, обеспечивающих уход, о вредных последствиях воздействия дыма в окружающей среде.

Соблюдение индивидуальных планов профилактики

- Во время каждого визита по профилактике инсульта с членами команды здравоохранения оцените пациентов на предмет соответствия индивидуальным планам вторичной профилактики (фармакотерапия и изменения образа жизни);
- Хотя оптимальное целевое артериальное давление для предотвращения первого или рецидивирующего инсульта формально не установлено, текущая рекомендация по лечению заключается в достижении артериального давления постоянно ниже 140/90 мм рт.ст. для людей с цереброваскулярным явлением.

Действительно, все эти риски образа жизни, при должном управлении, являются одним из хороших методов купирования повторного инсульта. Медицинские работники имеют все возможности для решения вопросов укрепления здоровья пациентов. Стоит брать во внимание, обсуждения и краткие выступления о изменении поведения пациентов. Медицинские работникам, той же мультидисциплинарной команды необходимо понимание соответствующих теорий изменения поведения, а также обучение методам краткого вмешательства и мотивационного интервьюирования [72].

Предварительное созерцание - человек не знает о проблеме, поэтому не хочет меняться или серьезно не задумывался о внесении изменений. На этом этапе человек, вероятно, будет невосприимчивым, но подходящим подходом может быть повышение осведомленности о проблемах здоровья и предоставление информации и рекомендаций. Существует модель поведения «Stages of Change», с помощью него специалисты могут определить готовность пациента к изменениям и соответствующим образом адаптировать свое вмешательство с учетом любых коммуникационных и когнитивных нарушений. Она состоит из 5 этапов:

- **Созерцание** - человек думает о возможности изменения, но вполне может быть неоднозначным по этому поводу; он или она, вероятно, будут иметь положительные и отрицательные чувства по поводу рассматриваемого поведения. На этом этапе человек восприимчив, и может быть целесообразным краткое вмешательство с использованием наиболее подходящего подхода.
- **Подготовка** - человек решил изменить свое поведение в образе жизни. Он или она готовится к действию. Например, человек может установить дату начала здорового питания. Было бы целесообразно обсудить, кто и какие стратегии могут помочь человеку внести эти изменения, и рассмотреть возможность постановки некоторых целей.
- **Действие** - индивид инициирует запланированное изменение. На данном этапе это было бы целесообразно укрепить уверенность

человека в его или ее способности меняться и оказывать поддержку, а также поощрять и хвалить.

- **Поддержка** - человек успешно поддерживает изменения в своем образе жизни, сосредотачиваясь на стратегиях выживания и предотвращении рецидивов.
- **Рецидив** - человек не поддерживает запланированные изменения в своем обычном образе жизни. Соответствующие вмешательства включают напоминание человеку о том, что рецидив является частью процесса изменения, и поддержку его или ее в подготовке к другой попытке [73].

Совокупность всех клинических, психологических мер для дальнейшего хорошего самочувствия, здоровья пациента и сохранения оздоровительного терапевтического эффекта после лечения значимы в своей преемственности. По всей видимости, такой принцип при оказании медицинской помощи во всех этапах инсульта пациентам предопределяет весь его исход.

Важность координированного оказания медицинской помощи при инсульте должна учитываться не только на уровне мультидисциплинарной команды или ЛПУ, а в целом на уровне страны со всеми отличиями. Об этом подробнее говорится в следующем разделе.

1.4. Организация медицинской помощи инсульт пациентам на уровне страны

Несомненно, трудно установить оптимальные параметры реабилитации и профилактики после инсульта (частота, тип, продолжительность, интенсивность). Несмотря на это, есть возможность предотвратить и управлять многими компонентами его бремени, включая реализацию программ и организации на государственном уровне, так и по миру.

На сегодняшний день в США существуют некоммерческие национальные организации здравоохранения, такие как Американская Ассоциация Сердца и инсульта. Они сосредоточены на снижении заболеваемости, смертности инвалидности от инсульта и ССЗ. Также есть Национальные фонды по борьбе с инсультом в Австралии, Канаде, Европе и Саудовской Аравии. В этих странах, также функционируют сети для клиницистов, специалистов по инсульту. И они разрабатывают новые методы эффективного лечения, клинические, профилактические рекомендации путем исследовательских проектов. К примеру исследования, ASPIRE, SATURN по инсульту координируемые через StrokeNet на базе Национального Института Здравоохранения в США.

Подобно этому, в РФ создана некоммерческая организация "Национальная ассоциация по борьбе с инсультом" (НАБИ), а в Казахстане «Республиканский координационный центр по проблемам инсульта» на базе АО «Национального центра нейрохирургии».

Тем не менее, в Республике существует потребность в единой национальной структуре аудита, направленное преимущественно на снижение заболеваемости и сбором фактических данных для принятия решений по многофакторным проблемам инсульта. Это позволит сократить разрыв между данными и практикой расширив его распространение между специалистами по реабилитации, другими специалистами здравоохранения. Отличный пример - Национальная программа аудита по контролю инсульта (SSNAP) основанная при Королевском колледже Лондона. SSNAP проводит оценку качества и организацию лечения инсульта. Оно является единственным источником данных об инсульте в своей стране.

В программе охватываются главные процессы оказания медицинской помощи в виде клинического аудита и структуры услуг по инсульту в организационном аудите, который разделяется в зависимости периода острый, пост острый. Цель программы заключается в том, чтобы предоставлять своевременную информацию клиницистам, специалистам общественного здравоохранения, пациентам и общественности о том, насколько хорошо осуществляется лечение инсульта. Что в свою очередь является основой в качестве инструмента для улучшения качества помощи, предоставляемой пациентам. Острый организационный аудит обеспечивает двухгодичный «снимок» качества организации службы инсульта. Результаты отчетности представляют каждый элемент данных, сопоставленный со средним показателем по стране, включая уровни укомплектования персоналом, процессы неотложной помощи, помощь при транзиторных ишемических атаках, доступ к специалисту, поддержка и общение с пациентами, лицами, осуществляющими уход.

В клиническом разделе программы есть интерактивные карты для поиска информации об медицинской помощи при инсульте в зависимости от регионов. С помощью карты можно сравнить различные стандарты обслуживания в местном регионе с другими и с национальными средними показателями (Рисунок 3.), а также просматривать изменения с течением времени. Карта показывает результаты для всех больниц в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии, которые могут быть отфильтрованы по больницам:

- непосредственно принимают пациентов для лечения острого инсульта (обычно по бригадам)
- обычно не лечат пациентов на начальной стадии неотложной помощи (нестандартно принимающие команды)
- обеспечивают реабилитацию на более позднем этапе (неострые стационарные бригады)

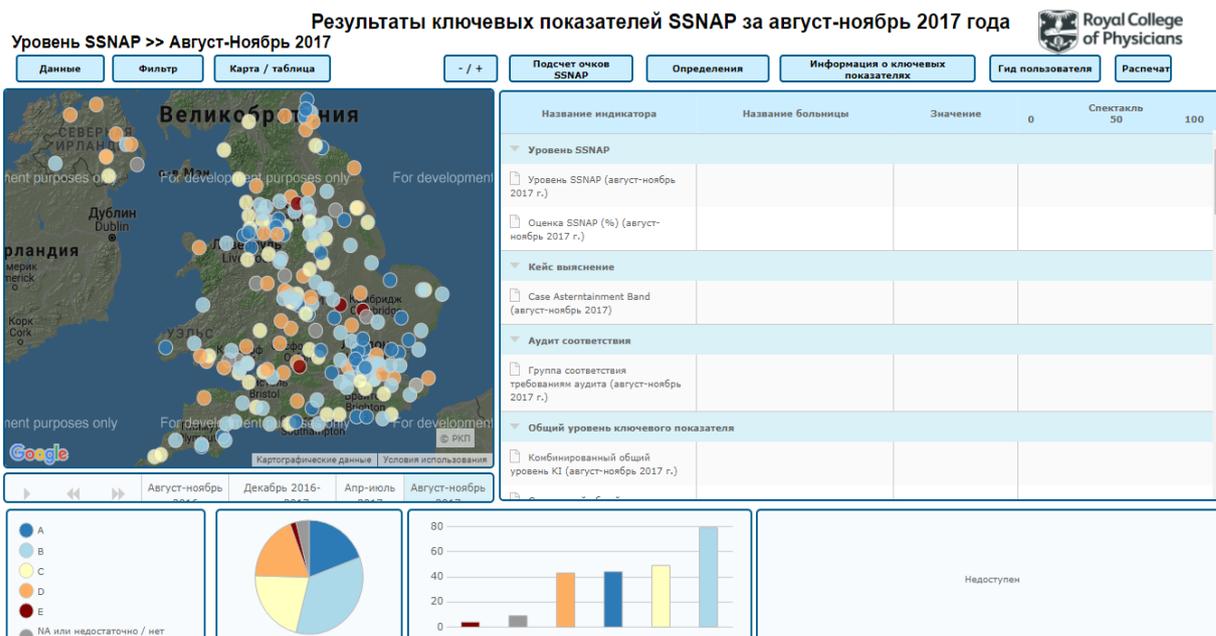


Рисунок 3. Карта клинического раздела SSNAP.

В программе клинического аудита есть данные, как таблица производительности, сводный отчет и портфолио результатов, также слайды для наглядности. Таблица производительности с цветовой кодировкой показывают уровни, достигнутые каждой командой для каждого показателя. Все данные есть в национальном и региональном формате. Показатели по программе острого инсульта доступны в качестве инфографиков (Приложение).

Почти многие организации инсультов разрабатывают руководства по инульту так и для специалистов, так и для пациентов. К примеру, рабочая группа, курирующая программу аудита в Объединенном Королевстве в 2016 году, разработала Национальное клиническое руководство по комплексному обследованию при лечении инсульта, охватывающее весь путь инсульта от неотложной помощи до долгосрочной реабилитации, включая вторичную профилактику. Это издание также информирует медицинских работников о том, что следует доставлять пациентам, перенесшим инсульт, и о том, как это следует организовать, с целью повышения качества медицинской помощи для всех, кто перенес инсульт, независимо от возраста, пола, типа инсульта или местоположения. В нем также есть подробный раздел о вводе в действие по уходу за инсультом, который будет полезен для групп клинических комиссий в изменяющейся сфере здравоохранения. А для пациентов существуют краткие доступные материалы по инульту, основанные на руководстве. Также и Американская Ассоциация разрабатывает и информирует население.

В Австралийском Фонде инсульта есть аналогичный по цели с Sentinel Stroke (SSNAP) специализированный ресурс для медицинских работников InformMe с целью обеспечение качественного ухода за инульту посвященный улучшению лечения инсульта. Членство предоставляется

медицинским работникам, работающим в области лечения инсульта, включая тех, кто в настоящее время учится. Фонд по борьбе с инсультом тоже разработал структуру служб для лечения инсультов, которая служит руководством для планирования, мониторинга и улучшения соответствующих служб по поводу острых и пост острых инсультов для поддержки оказания наилучшей медицинской помощи.

На базе Австралийского Фонда Инсульта был создан ресурс «EnableMe» - это место, где можно поговорить и обратиться за поддержкой к другим людям, которые также перенесли инсульт. Пациент перенесший инсульт может задавать вопросы другим пациентам так и, медицинскому специалисту онлайн и ставить цели для восстановления. Для каждого выжившего после инсульта, его семьи и лиц, осуществляющих уход, доступ к информации и поддержке имеет решающее значение для восстановления (Рисунок 4.).

EnableMe - это бесплатный онлайн-ресурс, который объединяет информацию об инсультах, видео, инструменты и разговоры с другими выжившими и лицами, осуществляющими уход. Пациентам доступны форумы и блоги, где можно поделиться опытом о выздоровлении или жизни после инсульта. Также, есть настройки специальных возможностей для персонализации сайта, чтобы его было легче просматривать.

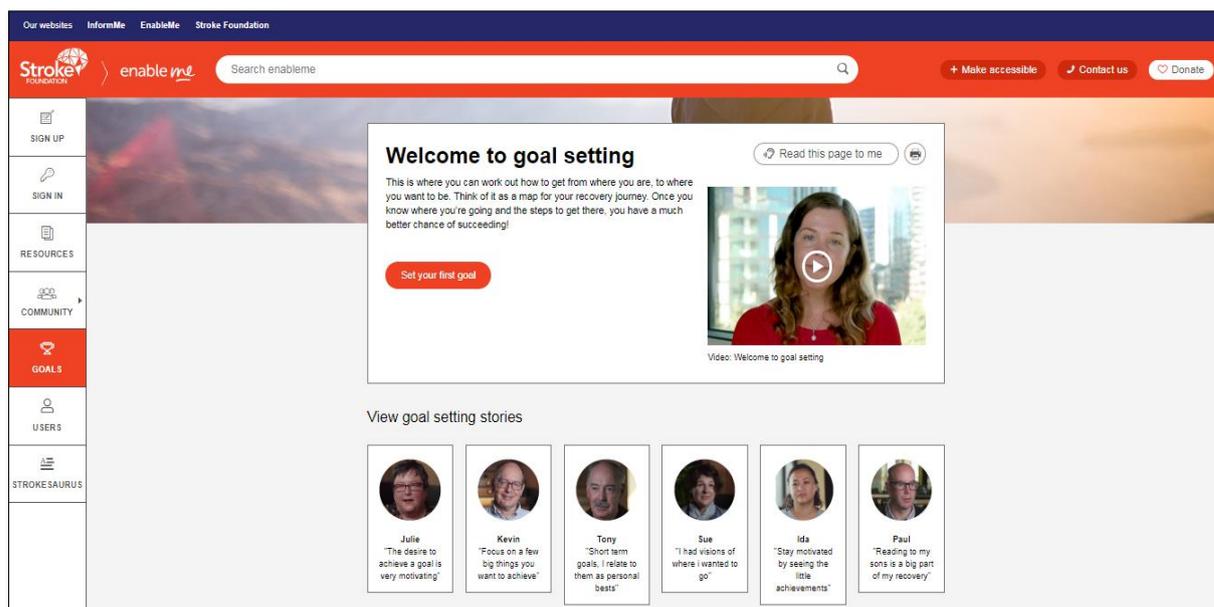


Рисунок 4. Главная страница «EnableMe».

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методы исследования:

- Информационно - аналитический метод;
- Социологический;
- Статистический.

Во исполнение, анализа отчетных статистических данных по инсульту и изучения структуры заболеваемости ОНМК населения г. Караганды применялись статистические и информационно-аналитические методы. Интерпретации полученных данных проводилось на ПК с помощью программы MS Excel и STATISTICA.

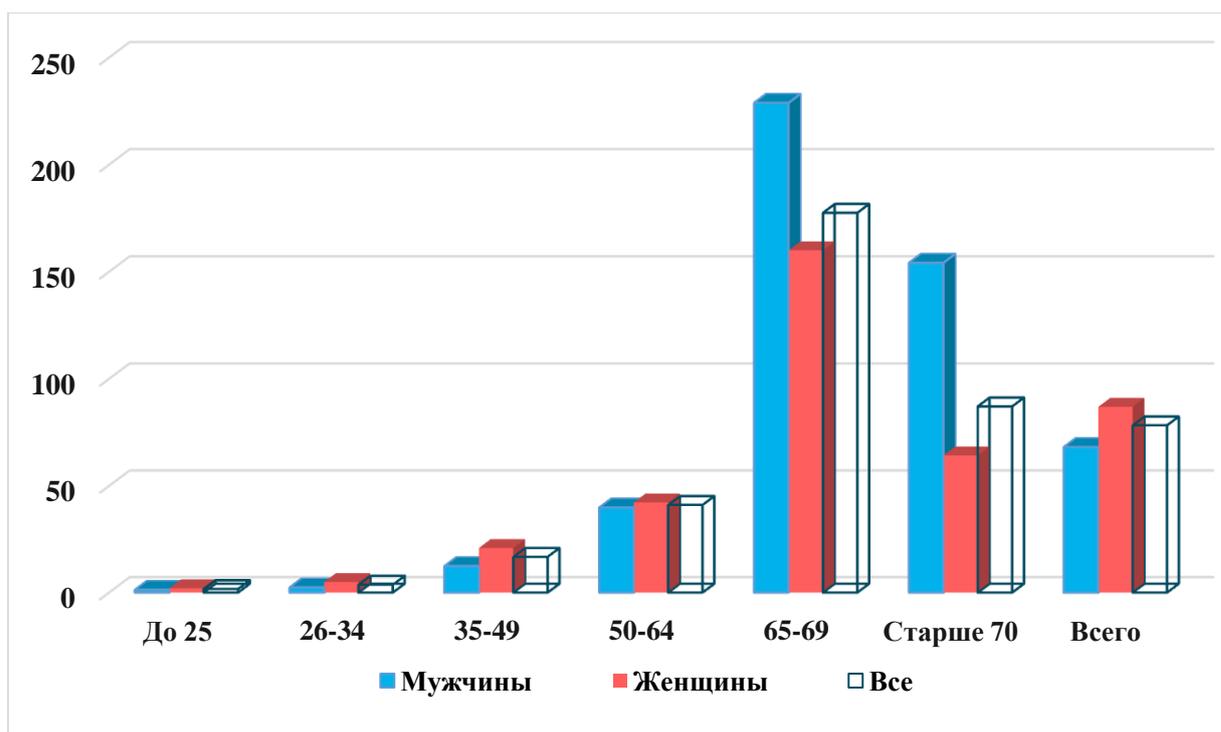
Для составления социально-гигиенического портрета реабилитируемых пациентов применяли социологический метод путем анкетирования всех пациентов в реабилитационных центрах и отделениях г. Караганды.

Глава 3. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНМК И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕАБИЛИТИРУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

3.1. Исследование половозрастной структуры заболеваемости ОНМК г. Караганды

В целом было зарегистрировано 3921 случаев, из них приходящее на женщин 2355 случаев и на мужчин 1566 случаев. Соответственно, заболеваемость составила 78,3 на 10000 населения города Караганда. Из которого 40 % составляют мужчины, а 60% женщинам. Наиболее высокие цифры по возрасту отмечается от 65 до 69 и старше 70. В обоих случаях они приходятся мужчинам, а другие возрастные группы в свою очередь женщинам. Тем не менее идет стабильное сохранение заболеваемости в социально активном и трудоспособном возрасте. Средний возраст всех инсульт больных составляет 64, а наиболее частым возрастом является 79.

Как видно, на Рисунке 5 отмечаются высокие показатели заболеваемости у возрастного состава от 65 до 69, у женщин 160 на 10 тыс. населения, у мужчин 229.



Возраст	До 25	26-34	35-49	50-64	65-69	Старше	Всего
Мужчины	1,3	2,4	12,4	39,8	229	154,2	68,2
Женщины	2,0	4,9	20,9	42,2	160	64,3	86,9
Всего	1,6	3,6	16,7	41,08	177,5	87,2	78,3

Рисунок 5. Заболеваемость ОНМК по половозрастному составу города Караганды за 2017-2018 гг.

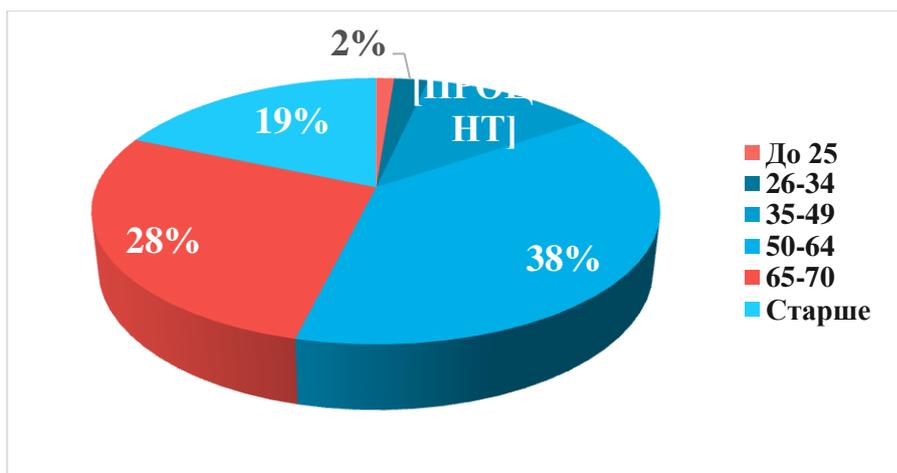


Рисунок 6. Экстенсивные показатели заболеваемости ОНМК мужчин г. Караганды за 2017-2018 гг.

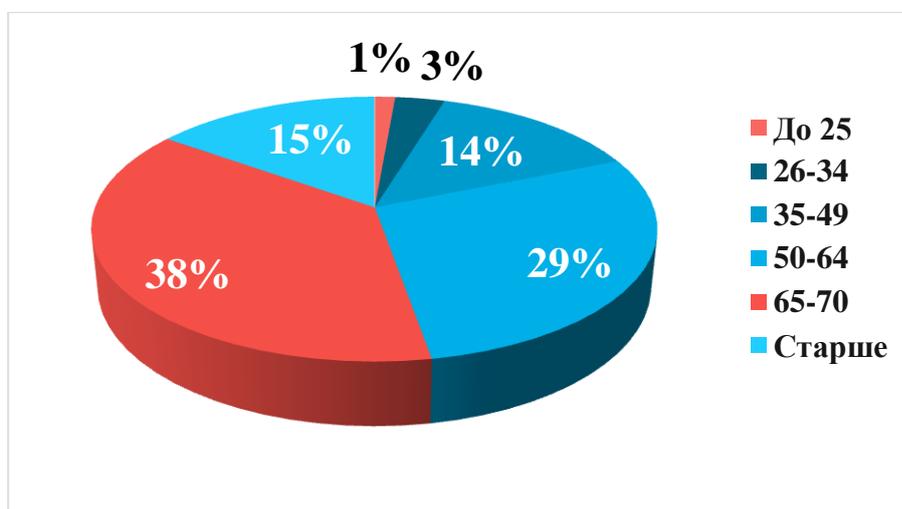


Рисунок 7. Экстенсивные показатели заболеваемости ОНМК женщин г. Караганды за 2017-2018 гг.

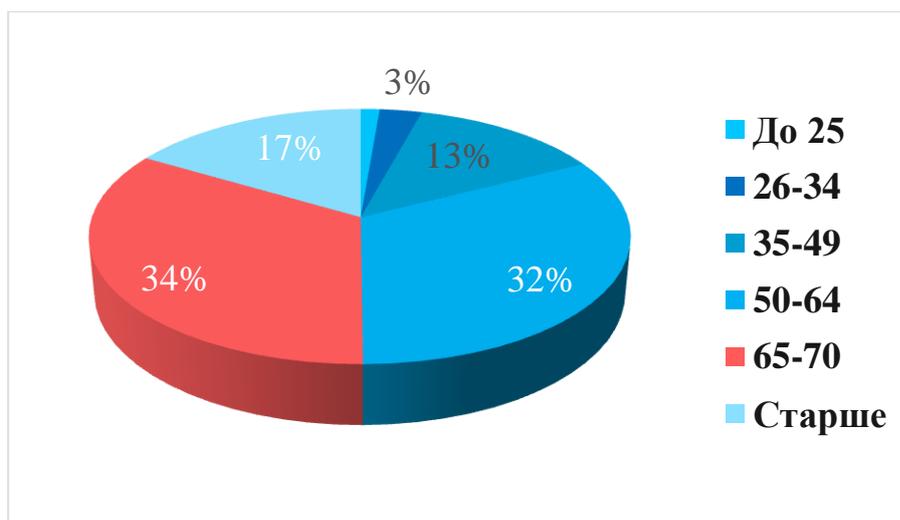
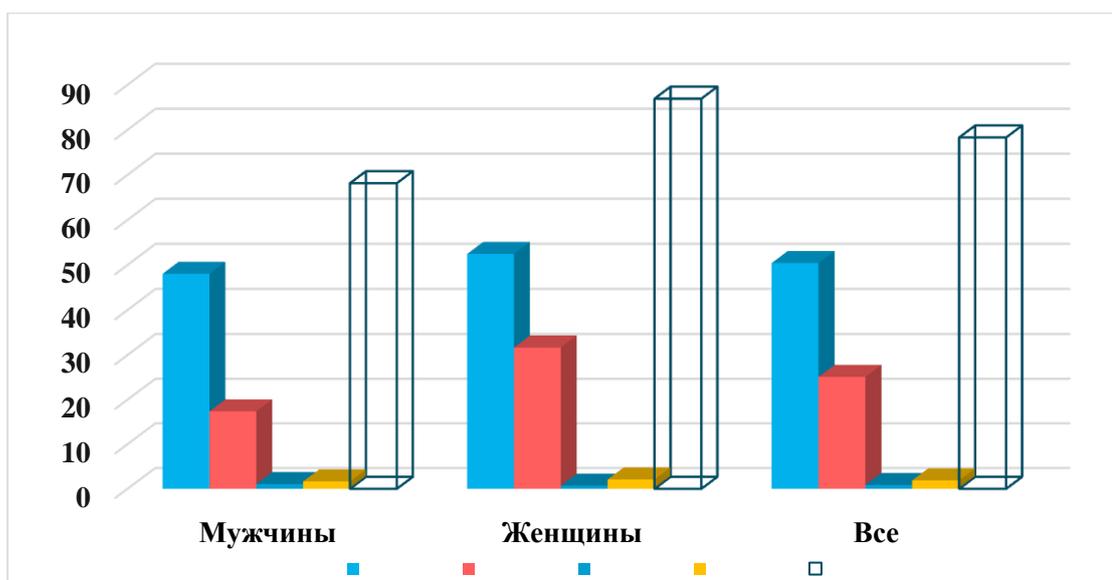


Рисунок 8. Экстенсивные показатели заболеваемости ОНМК всего населения г. Караганды за 2017-2018 гг.

Заболеваемость ОНМК по половозрастному составу показало, что наибольшее экстенсивные показатели (38%) были установлены у мужчин в возрастной группе от 50 - 64, а у женщин от 65 -70. У всего количество населения самые высокие экстенсивные показатели приходятся на возрастную группу от 65 до 70 (34%).

По МКБ наибольшее количество случаев 2525 из всего 3921 приходится на инсульт, который не уточнен как кровоизлияние или инфаркт (I.64) в основном в возрасте от 65 до 70, второе по лидерству 1257 приходится на переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) (G.45) в основном в возрасте от 50-64. Стоит отметить, что показатели в обоих случаях более выражены у женщин (Рисунок 9.). А по заболеваемости из всех ОНМК наибольшее число заболеваемости у мужчин и женщин приходится на инсульт - 50,4, который не уточнен как кровоизлияние или инфаркт (I.64), второе по лидерству установлен как, переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) (G.45) - 25,1 на 10000 населения.



Пол	I.64 МКБ	G.45 МКБ	I.63 МКБ	Прочее	Всего
Мужчины	48,0	17,3	1,08	1,65	68,16
Женщины	52,4	31,6	0,7	2,1	86,9
Все	50,4	25,1	0,8	1,89	78,3

Рисунок 9. Заболеваемость ОНМК по МКБ населения города Караганды за 2017-18 гг.

Также мы рассмотрели частотное распределение случаев заболевания ОНМК. Наибольшее число случаев по районам у женщин отмечается: Новый город- 617, Майкудук - 524, Юго-Восток- 459. Наибольшее количество случаев по районам у мужчин: Майкудук - 349, Новый город-

330, Юго-Восток- 328. Высокий показатель случая ОНМК 601 из 1566 у мужчин приходится возрасту от 50 до 64, у женщин 886 случаев из 2355 наблюдается в возрасте от 65 до 70 (Рисунок 10,11.).

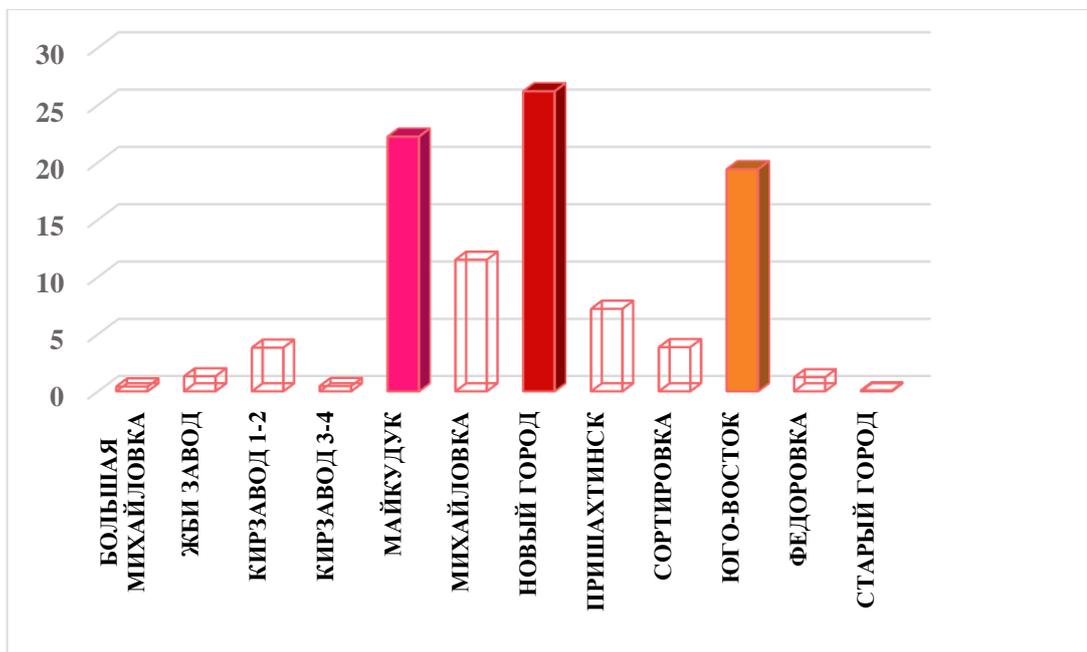
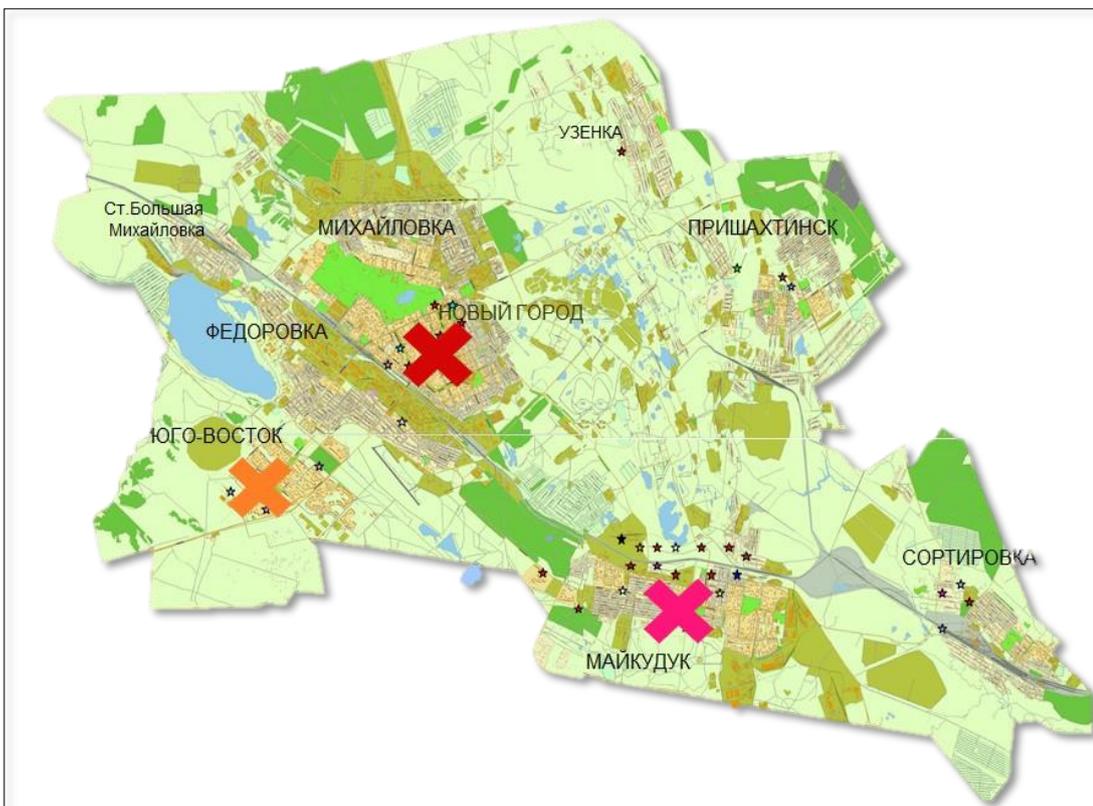


Рисунок 10. Частотное распределение случаев заболевания ОНМК у женщин города Караганды



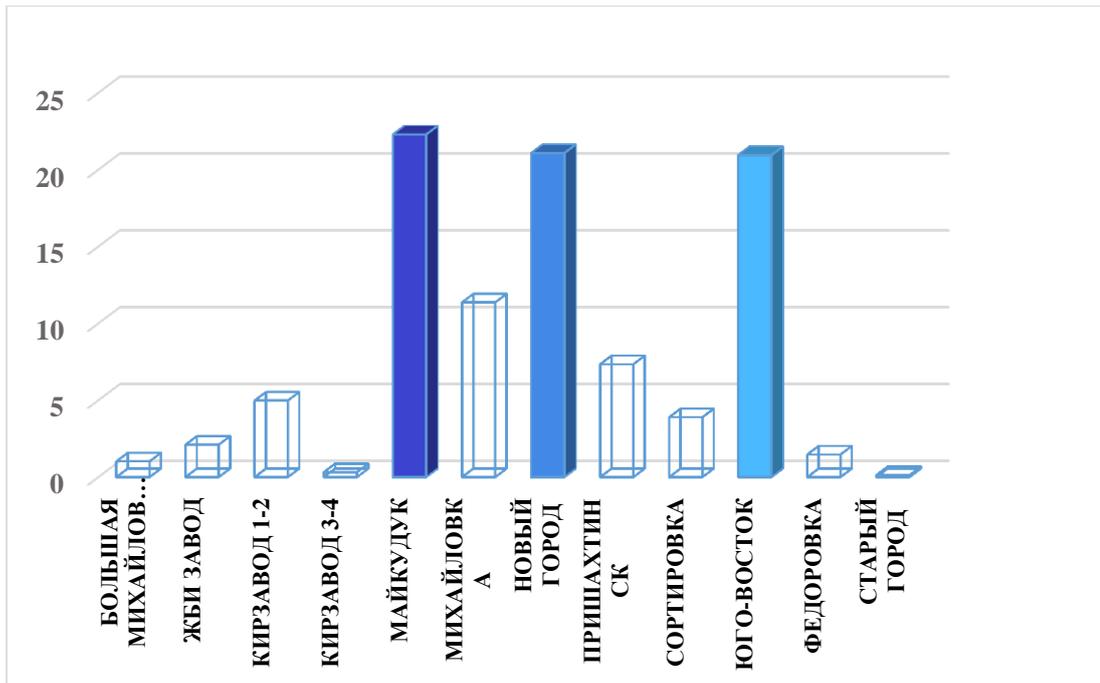
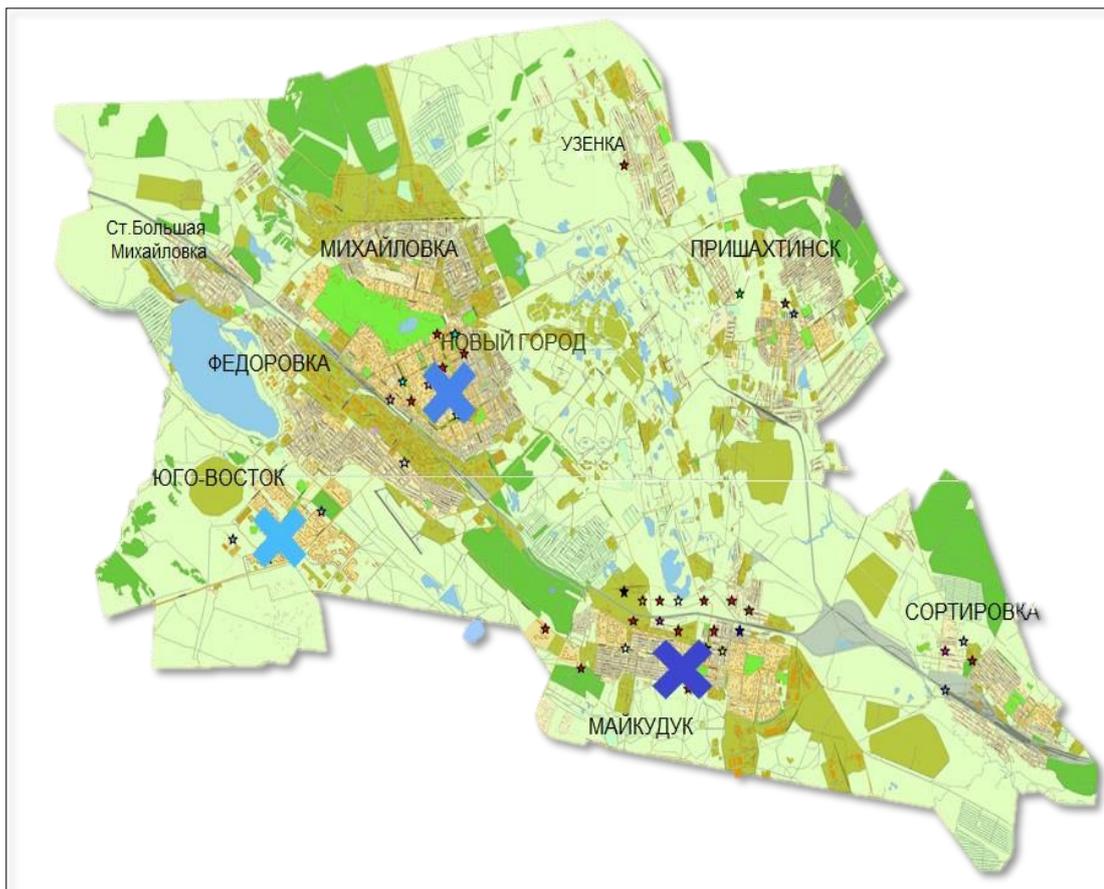


Рисунок 11. Частотное распределение случаев заболевания ОНМК у мужчин города Караганды



Также вызовы СМП с ОНМК по г. Караганда за период 1 января 2018 года и 12 марта текущего года составило в целом 3762 единиц из них были госпитализированы 3176. Что показывает незначительное снижение случаев с ОНМК (Таблица 2).

Таблица 2. Количество вызовов СМП ОНМК по станциям города Караганды за период 01.01.18 - 12.03.19

Наименование	п/с 1	п/с 2	п/с 3	п/с 4	п/с 5
ОНМК	1442	889	335	145	951
Госпитал.	1269	816	235	126	730
Своеврем. доезд	1331	828	297	134	896
% Своеврем. доезд	92.30	93.14	88.66	92.41	97.40
Госпит. до 40 мин	1235	800	210	118	711
% Госпит. до 40 мин	97.32	98.04	89.36	93.65	97.4

Известно существование инсультной службы РК и по их индикаторам Карагандинская область входит в число неблагополучных районов. Уровень смертности на дому в течении 1 месяца 8.6 наблюдается в области по всей республике (Таблица 3).

Таблица 3. Данные инсультной службы Республики Казахстан

Название региона	Стационарная летальность от инсульта	Доля проведенного системного тромболизиса	Смертность от инсульта на дому в течение 1 мес. После выписки	Время доставки пациента в течение 40 мин. от вызова СМП, %
Средний показатель по РК	По РК - 13,0	По РК - 3,3	По РК - 6,0	81,5
Карагандинская обл.	14.3	3.7	6.8	93.2

Подтверждается неизменность актуальности заболевания ССЗ и ОНМК. Менее значительное снижение случаев с ОНМК порождает вопрос о повышении эффективности работы с населением о данном заболевании.

Необходима профилактика и массовая работа с населением. Успешное лечение пациента с острым инсультом начинается с осознания как населением, так и медицинскими сотрудниками факта, что инсульт является неотложным состоянием, таким же как инфаркт миокарда или травма.

Ежегодно количество лиц, перенесших инсульт в среднем составляет около 40 тыс. человек. Количество лиц, впервые взятых на диспансерный учет по причине перенесенного инсульта в амбулаторно-поликлинических организациях РК составило всего 12% (2017г.) [6], что является показателем слабой работы амбулаторно-поликлинического звена по стране. Соответственно, порождает смертность от инсульта на дому после выписки (самый высокий показатель по Республике в Карагандинской области).

Ряд причин:

- ✓ низкий уровень диспансеризации по РК
- ✓ фактически отсутствуют вторичная профилактика и продолженная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе
- ✓ отсутствуют хосписы и служба сестринского ухода на дому, что в целом говорит об отсутствии преемственности оказания медицинской помощи [6].

3.2. Социально-гигиенический портрет реабилитирующихся больных, перенесших инсульт г. Караганды

Всем 45 пациентам было предложено, составленная нами анкета (Приложение 3), состоящее из 27 вопросов. В качестве материала для социального опроса, мы рассматривали такие характеристики как:

- пол
- возраст
- социальное положение
- наличие вредных привычек
- семейное положение, наличие детей
- место и условия проживания
- профессиональный статус
- экономическое положение
- наличие стрессов
- частоту и регулярность посещения ЛПУ.

Исследование проводилось на базе Нейрореабилитационного центра «Луч», также в отделении реабилитации ОМЦ г. Караганды. В связи с небольшим количеством всех реабилитируемых пациентов, было решено рассматривать общее число в качестве выборки для опроса.

По результату исследования пациентов по половозрастному признаку, составило 46% женщин и 54 % мужчин в возрасте от 50 и 64 с 43% (Рисунок 12; 13).

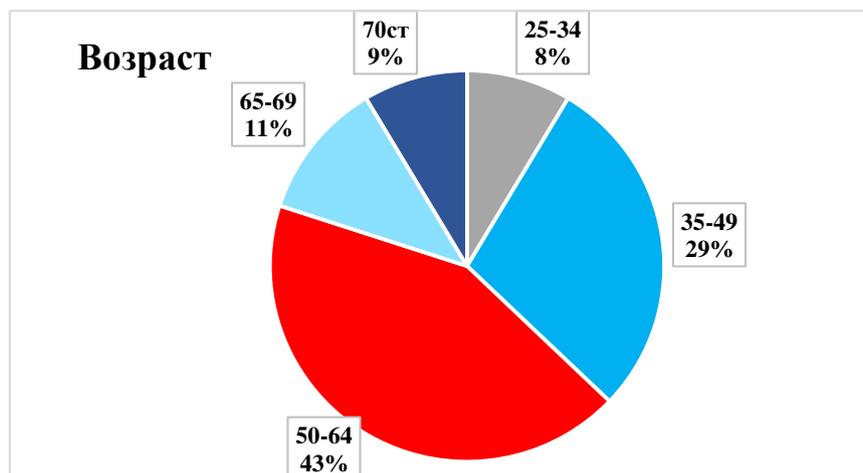


Рисунок 12. Половой состав реабилитационных пациентов перенесших инсульт города Караганды.

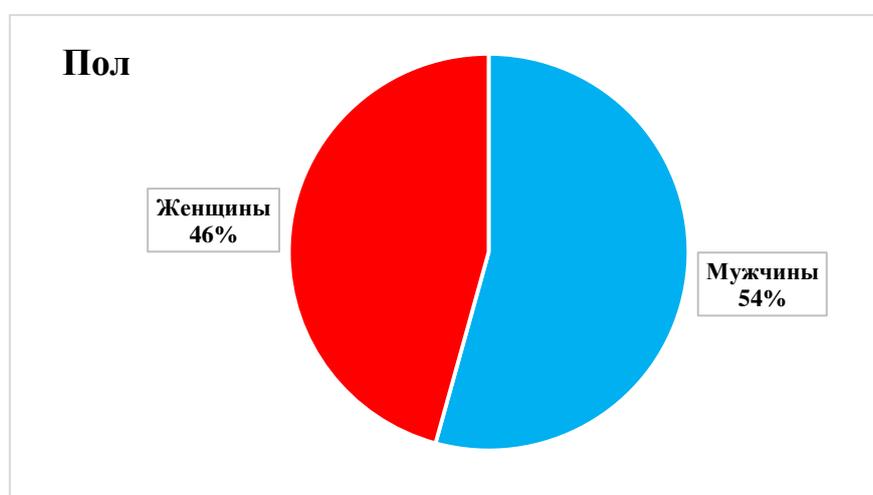


Рисунок 13. Возрастной состав реабилитационных пациентов перенесших инсульт города Караганды.



Рисунок 14. Семейное положение респондентов.

Основная часть 71% всех респондентов состоят в браке, в разводе 9%, не состоят в браке 6% и являются вдовами/вдовцом 14% (Рисунок 14). Дети пациентов в 40 % проживают отдельно, но посещают регулярно, 34 % проживают совместно, также 17% проживают отдельно, посещают редко 17%. У малой части 9% респондентов детей нет (Рисунок 15).



Рисунок 15. Наличие детей у респондентов.

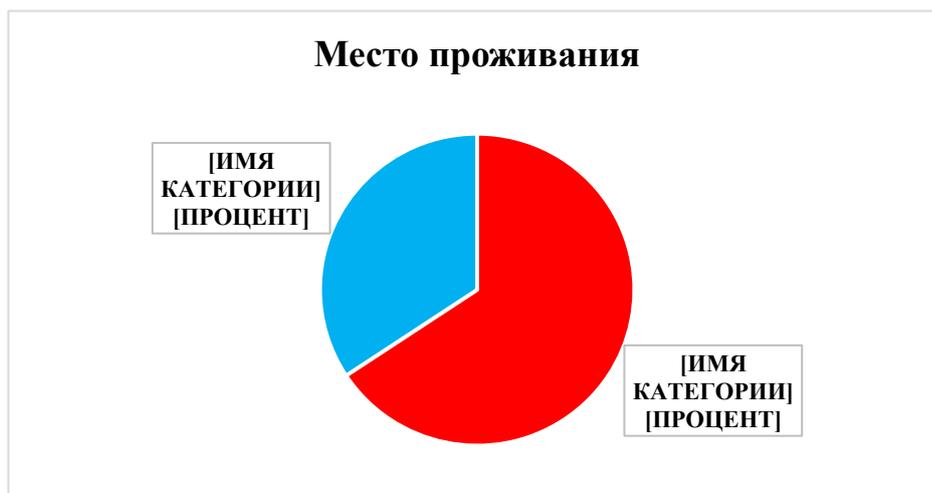


Рисунок 16. Место проживания реабилитируемых пациентов г. Караганды.

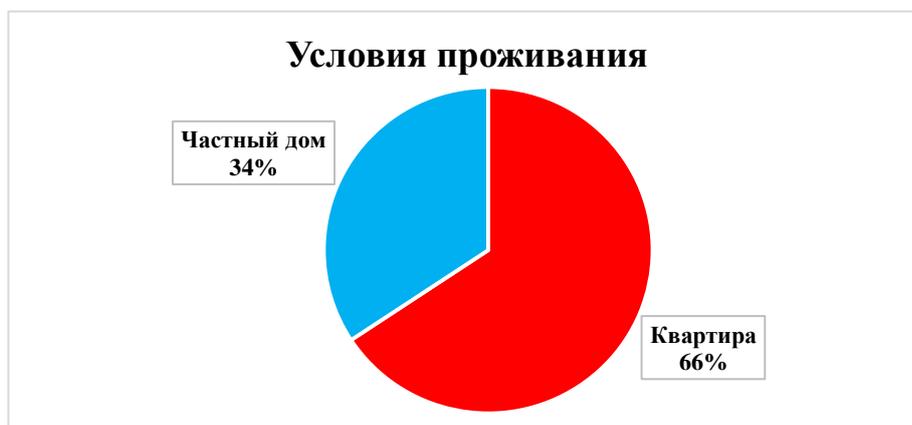


Рисунок 17. Условия проживания респондентов.

Большая часть пациентов 66% проживают в городе (Рисунок 16, 17), условия также благоприятные 66% живут в квартире, и 34% имеют частный дом. Стоит отметить что, ответ «В комнате/в общежитии» выбрали 0% респондентов.

При рассмотрении социального статуса респондентов было выявлено: 46% имеют среднее профессиональное образование; 28% высшее и остальная часть 26% приходится на среднее образование (Рисунок 18). Для оценки социального статуса, как трудовая деятельность учитывалось наличие пациентов пенсионного возраста и с инвалидностью.

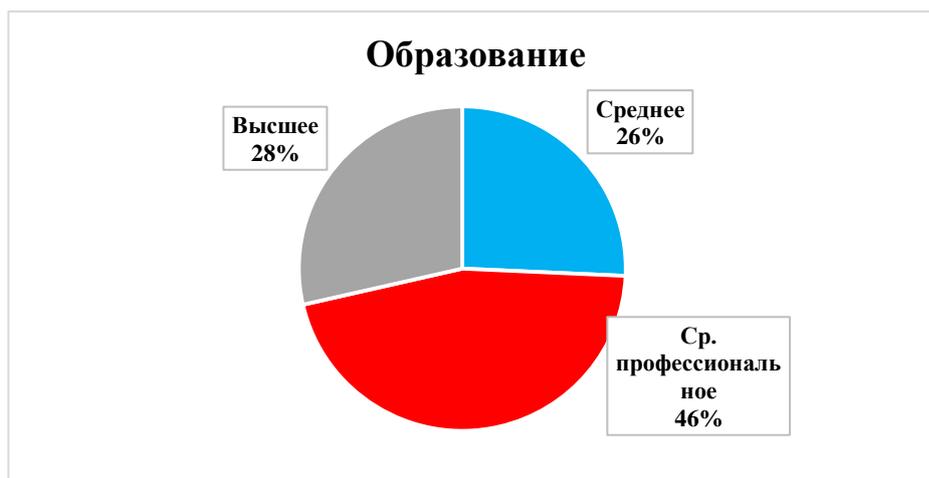


Рисунок 18. Образование респондентов.

Большинство пациентов 46 % работали/работают в сфере промышленности; деятельность 31% респондентов в виде служащего, а у остальной части 25% приходится на такие сферы как образование, торговля и услуги, сельское хозяйство (Рисунок 19). На вопрос касательно месячного дохода 54% респондентов ответили от 50 до 100000 тенге, а 20% зарабатывают до 50000 тенге; не имеют доход 11 % пациентов, а у остальной части 15% доход составляет 150000 и выше.



Рисунок 19. Трудовая деятельность пациентов.

Состояние здоровья зависит во многом от образа жизни, следовательно, оценивалось наличие вредных привычек у респондентов. В результате 49% из них не курят, 28% ответили утвердительно, причем с периодичностью в 14% постоянно, так и иногда; 23% реабилитируемых пациентов ранее курили (Рисунок 20). Большинство 74% не употребляют алкоголь, но оставшая часть 26% употребляют в разной степени интенсивности (Рисунок 21).

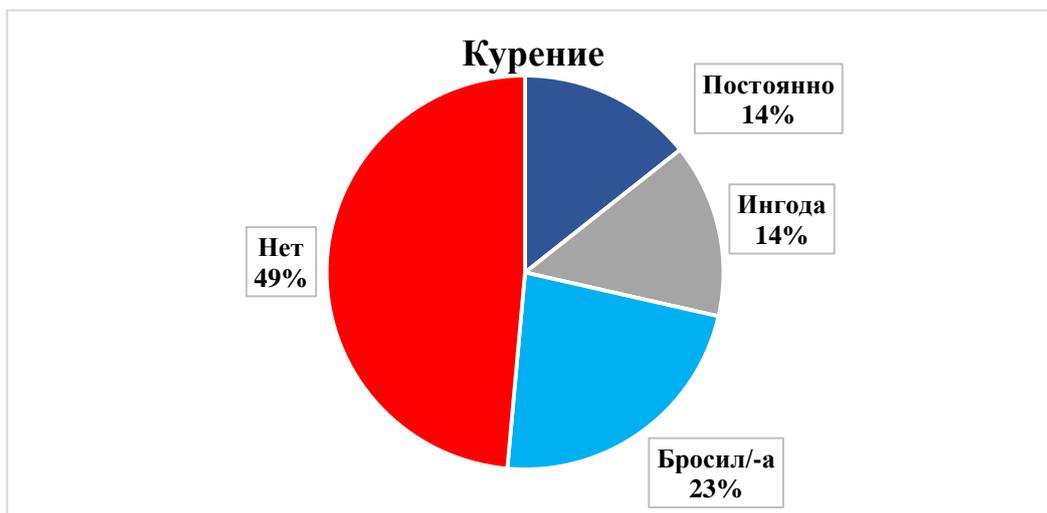


Рисунок 20. Наличие вредных привычек у респондентов.

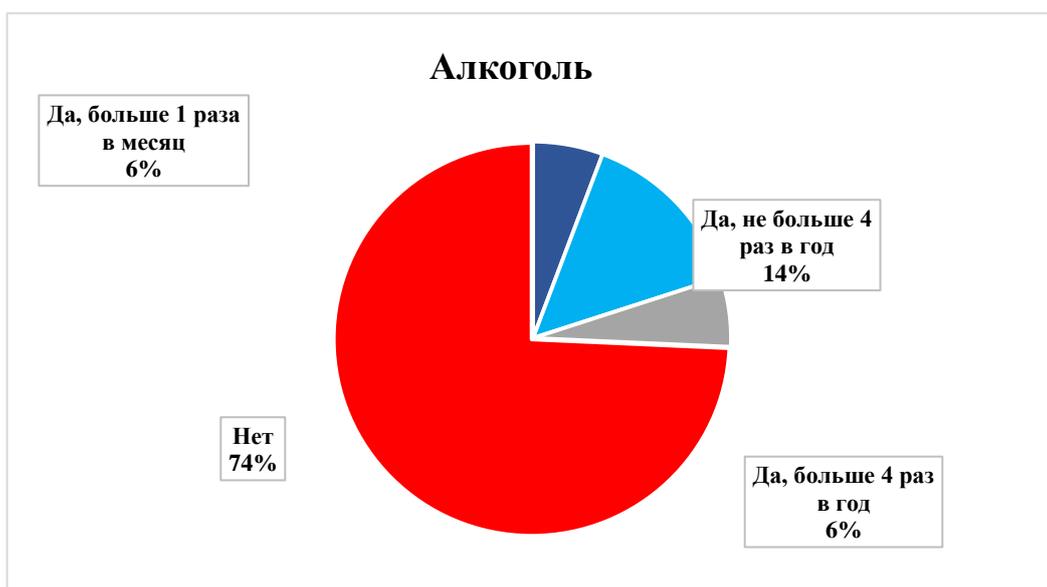


Рисунок 21. Наличие вредных привычек у респондентов.

Дополнительно оценивалось возможность перенесения тяжелых стрессовых ситуаций, в результате которого было выявлено его отсутствие только у 17% всех респондентов (Рисунок 22). Из всех пациентов этом году переживали стрессовые ситуации 40%, от 1 и 2 года назад 26% и более 3 лет назад 17 %.

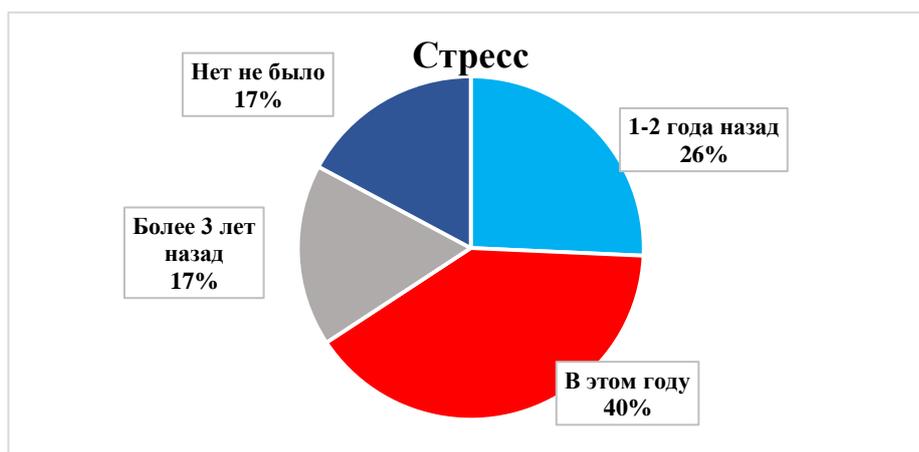


Рисунок 22. Наличие стресса у респондентов.

При определении факторов риска как, избыточный вес и неправильное питание, 60% респондентов ответили «да»; 40% дали отрицательный ответ (Рисунок 23). Отмечается отсутствие определённой диеты у значительной части 91% из всех опрошенных (Рисунок 24).

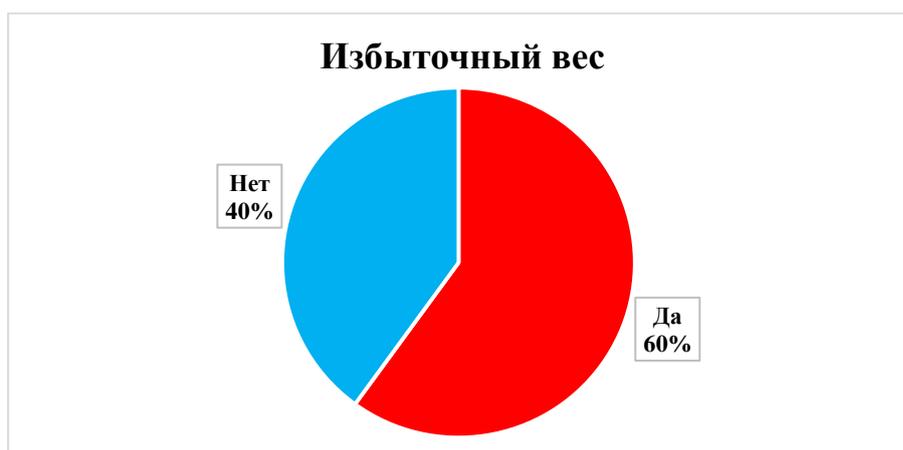


Рисунок 23. Наличие избыточного веса у пациентов.

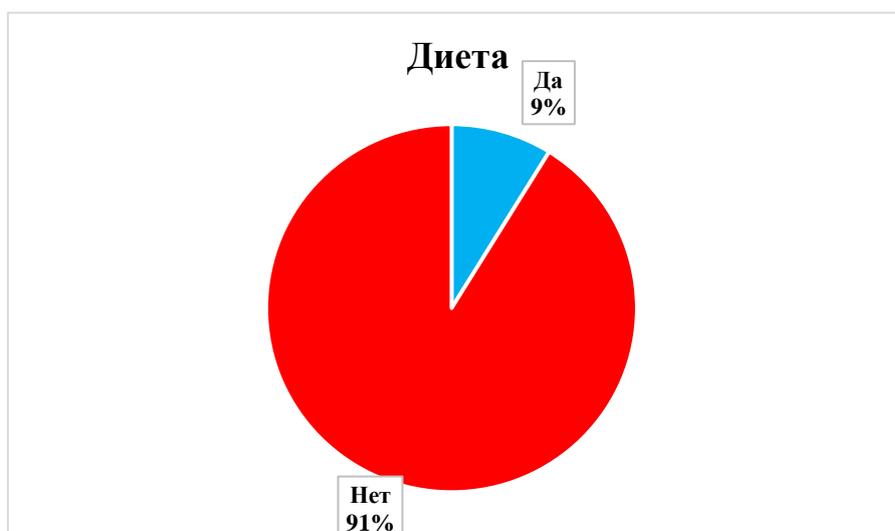


Рисунок 24. Возможность соблюдения определенной диеты пациентов.

Многие пережили первый инсульт 1 и 2 года назад 51%, а перенесших в этом году составило 34% (Рисунок 25). Стоит отметить на момент текущего реабилитационного процесса у 51% пациентов уже был повторный инсульт (Рисунок 26). Также 86 % респондентов не было травмы головы. Было выявлено отсутствие Сахарного Диабета (у 71%) и Сердечно-сосудистых заболеваний (у 63%) (Рисунок 27; 28).

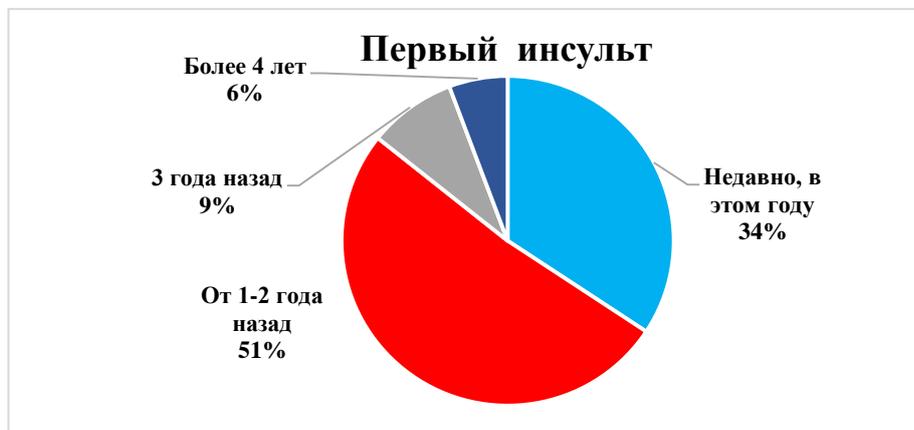


Рисунок 25. Первый инсульт у реабилитируемых пациентов г. Караганды

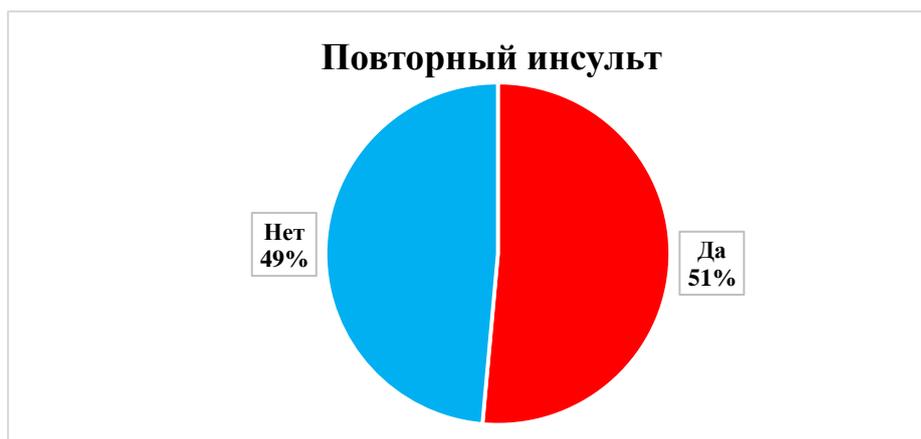


Рисунок 26. Повторный инсульт у реабилитируемых пациентов г. Караганды



Рисунок 27. Наличие подтверждённого диагноза сахарного диабета у реабилитируемых пациентов

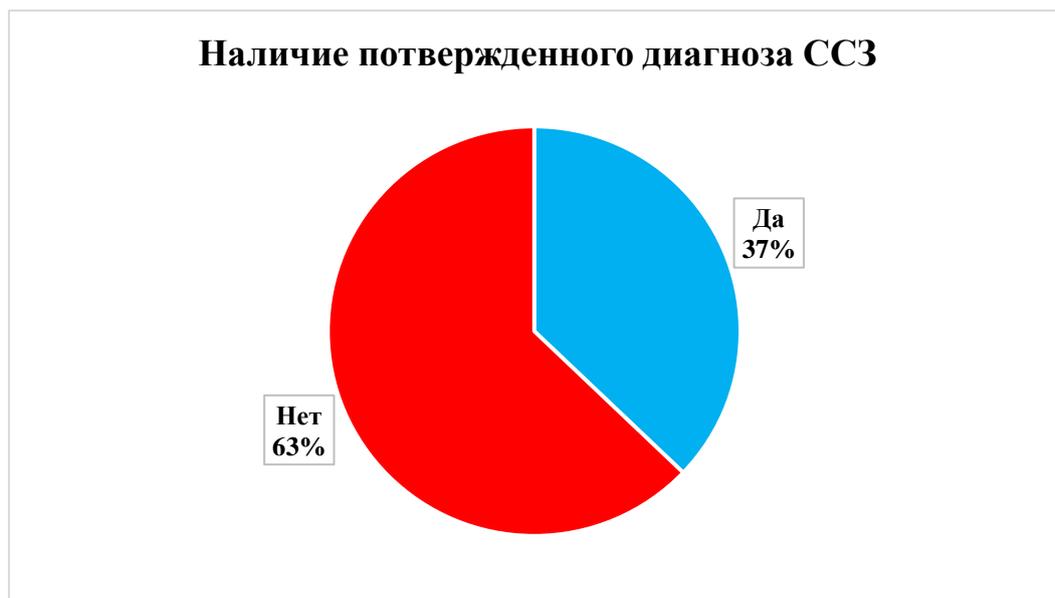


Рисунок 28. Наличие подтверждённого диагноза сердечно-сосудистых заболеваний

По продолжительности большая часть (57%) пациентов реабилитируются меньше 6 месяцев (Рисунок 29) и в обычной жизни посещают ЛПУ менее 3 раз в полгода (Рисунок 30).

А по трудоспособности, у 46% респондентов нет инвалидности, 54% имеют инвалидность по группам; из них 40% - II группа, 8% - III группа и 6% - I группа (Рисунок 31).

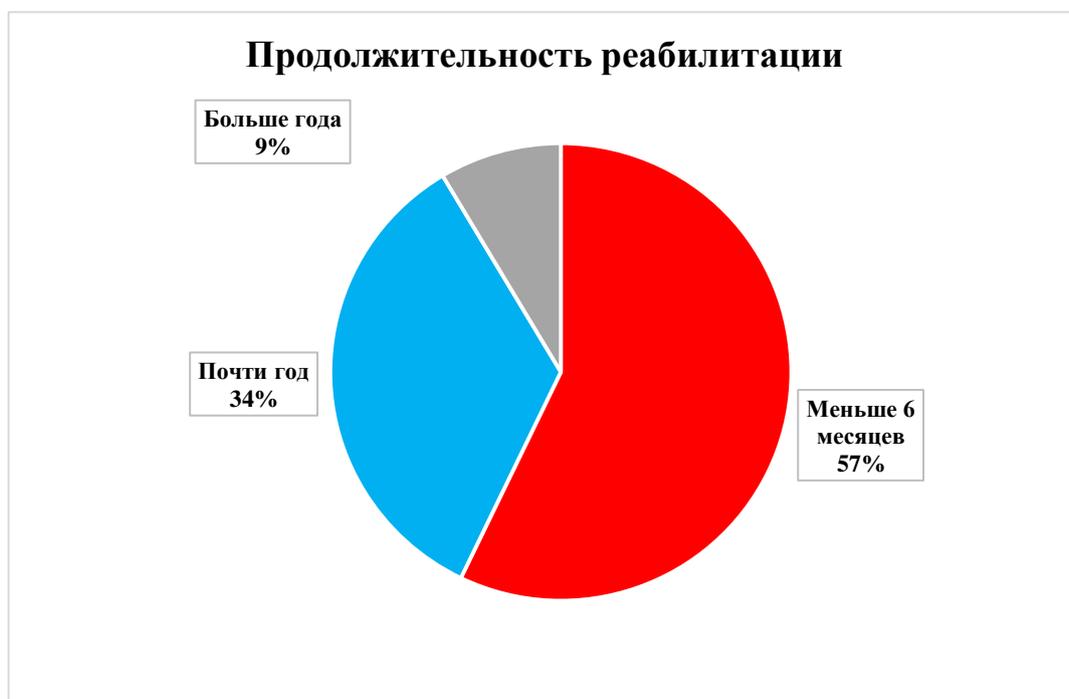


Рисунок 29. Продолжительность реабилитации пациентов перенесших инсульт г. Караганды.

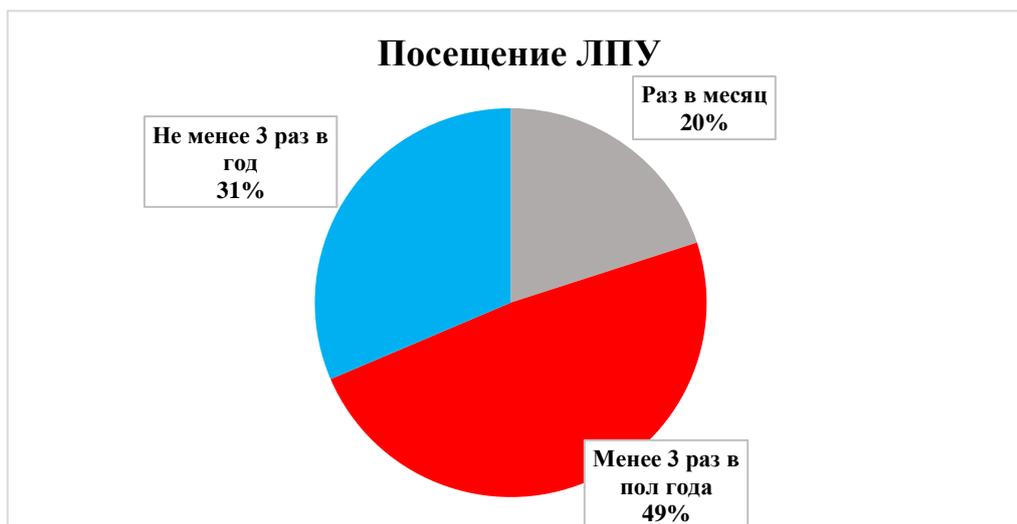


Рисунок 30. Посещаемость лечебно- профилактических учреждений респондентов.

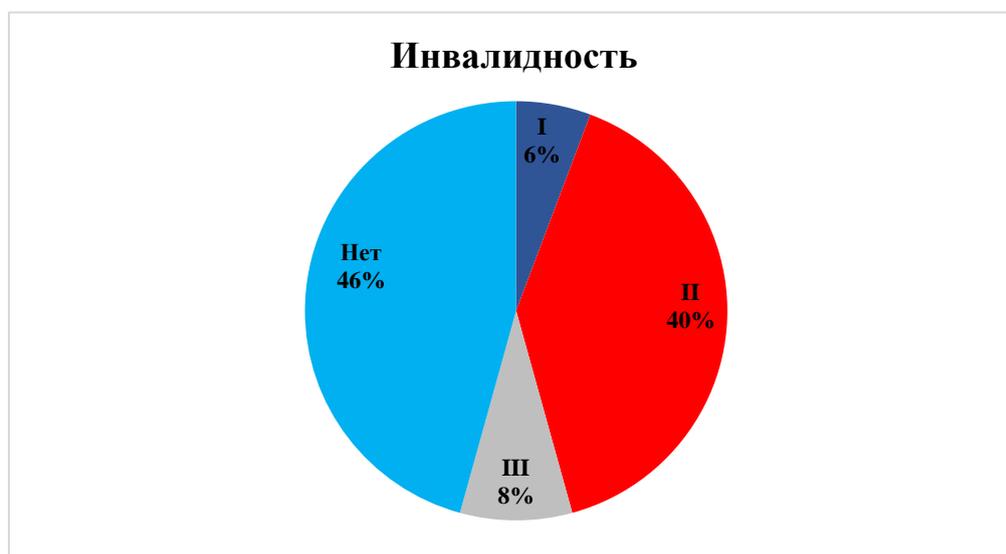


Рисунок 31. Наличие инвалидности у реабилитируемых пациентов перенесших инсульт г. Караганды

В заключении, средний реабилитируемый пациент перенесший инсульт - это мужчина в возрасте от 50 до 64, состоящий в браке, с детьми, проживающими отдельно, но посещающими регулярно. Проживает в городе, в условиях квартиры. Имеет среднее профессиональное образование и работающий/ранее работал в сфере промышленности. Не имеет вредные привычки как курение и алкоголь, но с избыточным весом по совместительству несоблюдением диеты. Мужчина впервые диагностированным инсультом от 1-2 года назад, также с повторным. Не переносил траву головы. Отсутствует подтверждённый диагноз ССЗ и Сахарного диабета, но с повышенным артериальным давлением. Продолжительность реабилитации пациента составляет меньше 6 месяцев, а частота посещения ЛПУ менее 3 раз полгода. Мужчина имеет установленную группу инвалидности (Рисунок 32).

Реабилитируемый пациент перенесший инсульт



Мужчина
В возрасте от 50 до 64



В браке



Дети проживают
отдельно,
но посещают регулярно



в городе

Проживает



в квартире



Имеет среднее
профессиональное
образование



С промышленной
трудовой
деятельностью

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ



С повышенным
артериальным
давлением



Отсутствует
Сахарный
диабет



Отсутствуют
ССЗ



С избыточным
весом



Не соблюдает
диету



Не употребляет
алкоголь



Не курит



Подвергается
стрессовым
ситуациям



Первый инсульт
от 1 - 2 лет назад



Перенес
повторный
инсульт



Не было
травм головы



Имеет
группу
инвалидности



Продолжительность
реабилитации
менее 6 месяцев



Посещает ЛПУ
менее 3 раз
в полгода

Рисунок 32. Социально- гигиенический портрет реабилитируемых пациентов перенесших инсульт г. Караганды

3.3. Предложения по вторичной профилактике инсульта

Вторичная профилактика инсульта - это индивидуальный клинический подход, направленный на снижение риска повторного инсульта и других сосудистых событий у людей, которые уже перенесли инсульт или ишемические атаки. Предложения по вторичной профилактике направлены на факторы риска, которые наиболее актуальны для инсульта, включая образ жизни, диеты, физические упражнения, вес, курение и употребление алкоголя, гипертензии и т.д. Так как, они могут выполняться в самых разных условиях - в клиниках и в учреждениях по уходу на уровне общества и не требуют клинических назначений для индивидуальной лекарственной терапии от нас как специалистов общественного здравоохранения.

По этой причине, наши предложения по вторичной профилактике инсульта заключаются в разработке дневника самоконтроля «Мой дневник здоровья» (Приложение 7), который включает в себя паспортную часть и режим приема лекарств, памятка «FAST TEST» (Приложение 5) для выявления и предупреждения признаков инсульта. Паспортная часть рассчитана на чрезвычайные ситуации, с данными о ИИН, группы крови и резус фактора. Оформление дневника по большей мере ориентированно на позитивные и выразительные цвета с мотивационной частью о важности своего здоровья.

Также нами разработана брошюра «Как избежать повторного инсульта?» (Приложения 6). Данные материалы просты в освоении и разработаны на основе документов ВОЗ: «Предупреждение инфарктов и инсультов», «Инсульт: Программа возврата к активной жизни». Разработанные материалы предлагаются в качестве раздаточного материала в реабилитационном центре отделениях г. Караганды.

ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость ОНМК по половозрастному составу показало, что наибольшее экстенсивные показатели (38%) были установлены у мужчин в возрастной группе от 50 - 64, а у женщин от 65 -70. Из всех ОНМК наибольшее число заболеваемости у мужчин и женщин приходится на инсульт, который не уточнен как кровоизлияние или инфаркт (I.64), второе по лидерству приходится на переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) (G.45).

2. По результатам выполненного исследования дана комплексная медико-социальная характеристика реабилитируемых больных, перенесших ОНМК г. Караганды. Выявленные типичные социально- гигиенические характеристики и негативные факторы для здоровья в виде портрета имеют значение при планировании профилактических работ, а также в формировании групп риска.

3. Составленные предложения по вторичной профилактике инсульта включают: Дневник самоконтроля «Мой дневник здоровья», и брошюра «Как избежать повторного инсульта?». Данные материалы просты в освоении и разработаны на основе документов ВОЗ. Разработанные материалы предлагаются в качестве раздаточного материала в реабилитационном центре и отделениях г. Караганды.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. State of the Nation; Stroke statistics - February 2018; © Stroke Association, 2018
2. GLOBAL STATUS REPORT on non-communicable diseases 2014; WHO.
3. Stroke Association: A New Era for Stroke, our campaign for a new national stroke strategy. (2016)
4. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *Lancet Neurol.* 2019; 18: 439-58 Published March 11, 2019
5. Heart disease and stroke statistic, 2018 update: a report from the American Heart Association [published online ahead of print January 31, 2018]
6. Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. Республиканский координационный центр по проблемам инсульта АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан. Динамика развития инсультной службы РК
7. Adamson J, Beswick A, Ebrahim, Is stroke the most common cause of disability? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2004
8. Stroke care delivery in institutions participating in the Registry of the Canadian Stroke Network. Kapral MK, Laupacis A, Phillips SJ, Silver FL, Hill MD, Fang J, Richards J, Tu JV, Investigators of the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke*. 2004 Jul.
9. Royal College of Language and Speech Therapist, RCSLT Resource Manual for commissioning and planning services for SLCN.
10. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS, Frequency of Depression After Stroke a Systematic Review of Observational Studies, 2005.
11. McKeivitt C, Self-Reported Long-Term Needs After Stroke. (2011).
12. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 5th edition. London: Royal College of Physicians 2016.
13. A. Bowen and E. Patchick. Cognitive Rehabilitation and Recovery After Stroke. Behavioral Consequences of Stroke. Springer-Verlag New York. Chapter 16, 2014.
14. Ayerbe L, Natural history, predictors and associated outcomes of anxiety up to 10 years after stroke: the South London Stroke Register, (2014).
15. Козелкин А.А., Дарий В.И., Шевченко Л.А. с соавт. Диагностика, лечение, профилактика мозговых инсультов. Методическое пособие для врачей-неврологов, врачей-интернистов и студентов медицинских ВУЗов. - 2006. - 152 с.
16. Рыжков В. Д.Р93 Инсульт. Срочная реабилитация: Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация. - Санкт-Петербург: Спец Лит, 2016. - 157 с. 78

17. Реабилитация в восстановительном периоде мозгового инсульта. Обзор Ермагамбетова А.П., Кабдрахманова Г.Б., Козбагаров К.Е., Бегимбаев К.С.
18. Бадрутдинова Л.Р., Организационные аспекты оказания медицинской реабилитации пациентов перенесших инсульт в амбулаторных условиях.
19. Royal College of Physicians Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP). National clinical audit annual results portfolio March 2016-April 2017, 24 October 2017.
20. Royal College of Physicians Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP). Acute organisational audit 2016 prepared on behalf of the Intercollegiate Stroke Working Party, 09 January 2017
21. ISD Scotland, Scottish Stroke Care Audit, Scottish Stroke Improvement Programme Report-2016, 24 October 2017.
22. Sundseth A, Thommessen B, Ronning OM. Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* 2012; 43: 2389-2394.
23. Health Informatics Centre, Ministry of Health, Malaysia. Malaysia's Health. 2008
24. Morreale M, Marchione P, Pili A, Lauta A, Castiglia SF, Spallone A, et al. Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? *Eur J Phys Rehabil Med* 2016; 52: 81-89.
25. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция)
26. Fjærtoft H, Rohweder G, Indredavik B. Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial. *Stroke* 2011; 42: 1707-1711.
27. Langhorne P, Fearon P, Ronning OM, Kaste M, Palomaki H, Vemmos K, et al. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2013.
28. Saad M. Bindawas, PT, PhD and Vishal S. Vennu, Stroke rehabilitation. A call to action in Saudi Arabia, 2016
29. Clarke DJ, Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc* 2015; 8: 433-442.
30. Health Informatics Centre, Ministry of Health, Malaysia. Malaysia's Health. 2008
31. Page SJ, Schmid A, Harris JE. Optimizing terminology for stroke motor rehabilitation: recommendations from the American Congress of Rehabilitation Medicine Stroke Movement Interventions Subcommittee. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 1395-1399.
32. Bernhardt J, Churilov L, Ellery F, Collier J, Chamberlain J, Langhorne P, et al. Prespecified dose-response analysis for A Very Early R

33. Knecht S, Hesse S, Oster P. Rehabilitation after stroke. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 600-606.
34. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker AV, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;
35. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011;
36. Mackay-Lyons M, McDonald A, Matheson J, Eskes G, Klus MA. Dual effects of body-weight supported treadmill training on cardiovascular fitness and walking ability early after stroke: a randomized controlled trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2013; 27: 644-653.
37. Pamela W. Duncan, PhD, FAPTA, Co-Chair; Richard Zorowitz, MD, Co-Chair; Barbara Bates, MD; John Y. Choi, MD; Jonathan J. Glasberg, MA, PT; Glenn D. Graham, MD, PhD; Richard C. Katz, PhD; Kerri Lamberty, PhD; Dean Reker, PhD; Management of Adult Stroke Rehabilitation Care A Clinical Practice Guideline, 207
38. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013.
39. Tripp F, Krakow K. Effects of an aquatic therapy approach (Halliwick-Therapy) on functional mobility in subacute stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2014; 28: 432-439.
40. Liu KP, Chan CC. Pilot randomized controlled trial of selfregulation in promoting function in acute poststroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2014.
41. Meyer MJ, Pereira S, McClure A, Teasell R, Thind A, Koval J, et al. A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2015.
42. Allen L, Richardson M, McIntyre A, Janzen S, Meyer M, Ure D, et al. Community stroke rehabilitation teams: providing home-based stroke rehabilitation in Ontario, Canada. *Can J Neurol Sci* 2014.
43. Barzel A, Ketels G, Stark A, Tetzlaff B, Daubmann A, Wegscheider K, et al. Home-based constraint-induced movement therapy for patients with upper limb dysfunction after stroke (HOMECIMT): a cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Neurol* 2015.
44. Hillier S, Inglis-Jassiem G. Rehabilitation for communitydwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. *Int J Stroke* 2010.
45. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM *Lancet*. 2008 May 10.
46. Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M, Integrated care pathways. *Campbell H, BMJ*. 1998 Jan 10.
47. Mohd Nordin NA, Aziz NA, Abdul Aziz AF, Ajit Singh DK, Omar Othman NA, Sulong S, Aljunid SM *BMC Health Serv Res*. 2014 Mar 10.
48. Aziz AF, Aziz NA, Nordin NA, Ali MF, Sulong S, Aljunid SMJ *Neurosci Rural Pract*. 2013 Oct

49. Aznida Firzah Abdul Aziz¹, Nor Azlin Mohd Nordin, Mohd Fairuz Ali¹, Noor Azah Abd Aziz¹, Saperi Sulong and Syed Mohamed Aljunid; The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services, 2017.
50. O'Donnel, Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010.
51. Quintas R, Cerniauskaite M, Ajovalasit D, Sattin D, Boncoraglio G, Parati EA, et al. Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *Am J. Phys. Med Rehabil.* 2012.
52. M. Fens, Long-term care after stroke; Development and evaluation of long-term intervention in primary care; Thesis: 16 April 2014.
53. Gothenburg very early supported discharge study(GOTVED) NCT 01622205: a block randomised trial with superiority design of very early supported discharge for patients with stroke.
54. Cadilhac DA, Moss KM, Price CJ, Lannin NA, Lim JY, Anderson CS. Pathways to enhancing the quality of stroke care through national data monitoring systems for hospitals. *Med J Aust.* (2013) 199:650-1. doi: 10.5694/mja12.11821
55. Reeves, M. J., Bushnell, C. D., Howard, G., Gargano, J. W., Duncan, P. W., Lynch, G., Lisabeth, L.0 Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurology*, 2008
56. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee. Geneva (1990).
57. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice: palliative care. *Engl J Med.* (2004) 350
58. Boersma I, Miyasaki J, Kutner J, Kluger B. Palliative care and neurology: time for a paradigm shift. *Neurology.* (2014) 83:561
59. Theodore Wein, M Patrice Lindsay, Robert Côté; Heart and Stroke Foundation Canadian Stroke Best Practice Committees, Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, 2017.
60. NHS Digital. (2015). Bespoke requested data
61. Harvard Medical School (2014). "Heart attack and stroke:Men vs Women"
62. Northern Ireland Statistics and Research Agency (NISRA). (2016). Deaths, by sex, age and cause, 2015.
63. Harvard Medical School (2014). "Heart attack and stroke:Men vs Women"
64. Roach RE.J., Helmerhorst FM, Lijfering WM., Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015,

65. Davie CA, O'Brien P. Stroke and pregnancy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2008;79:240-245
66. Edwards, JD, Kapral, MK, Fang, J, Swartz, RH. Long-term morbidity and mortality in patients without early complications after stroke or transient ischemic attack. *Can Med Assoc.* 2017;
67. Thun MJ. 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. *N Engl. J. Med* 368:351-64(2013).
68. Rainer Malik, Martin Dichgans; Challenges and Opportunities in Stroke Genetics. March 2018
69. Johnston, SC, Gress, DR, Browner, WS, Sidney, S. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000.
70. Hankey, GJ. Secondary stroke prevention. *Lancet Neurol.* 2014; 13: 178-194.
71. Butt P, Beirness D, Cesa F, Gliksman L, Paradis C and Stockwell T. Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low-risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse, 2011
72. Lawrence M. Secondary prevention of stroke and transient ischaemic attack, March 4 2011.
73. Prochaska JO, DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 390-395.

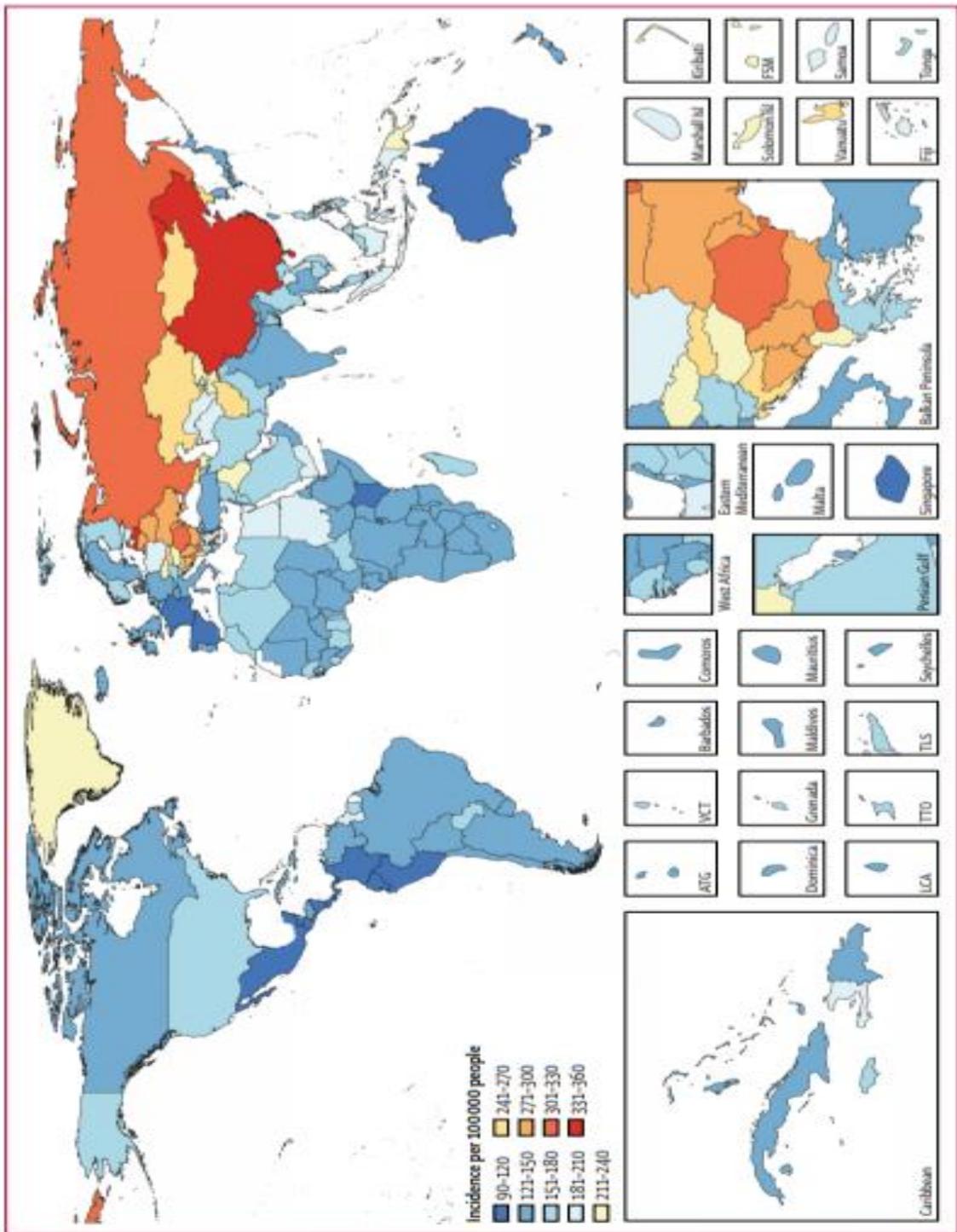
ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Заболеваемость инсультом по данным Global Burden of disease, Центральная Европа и Азия.

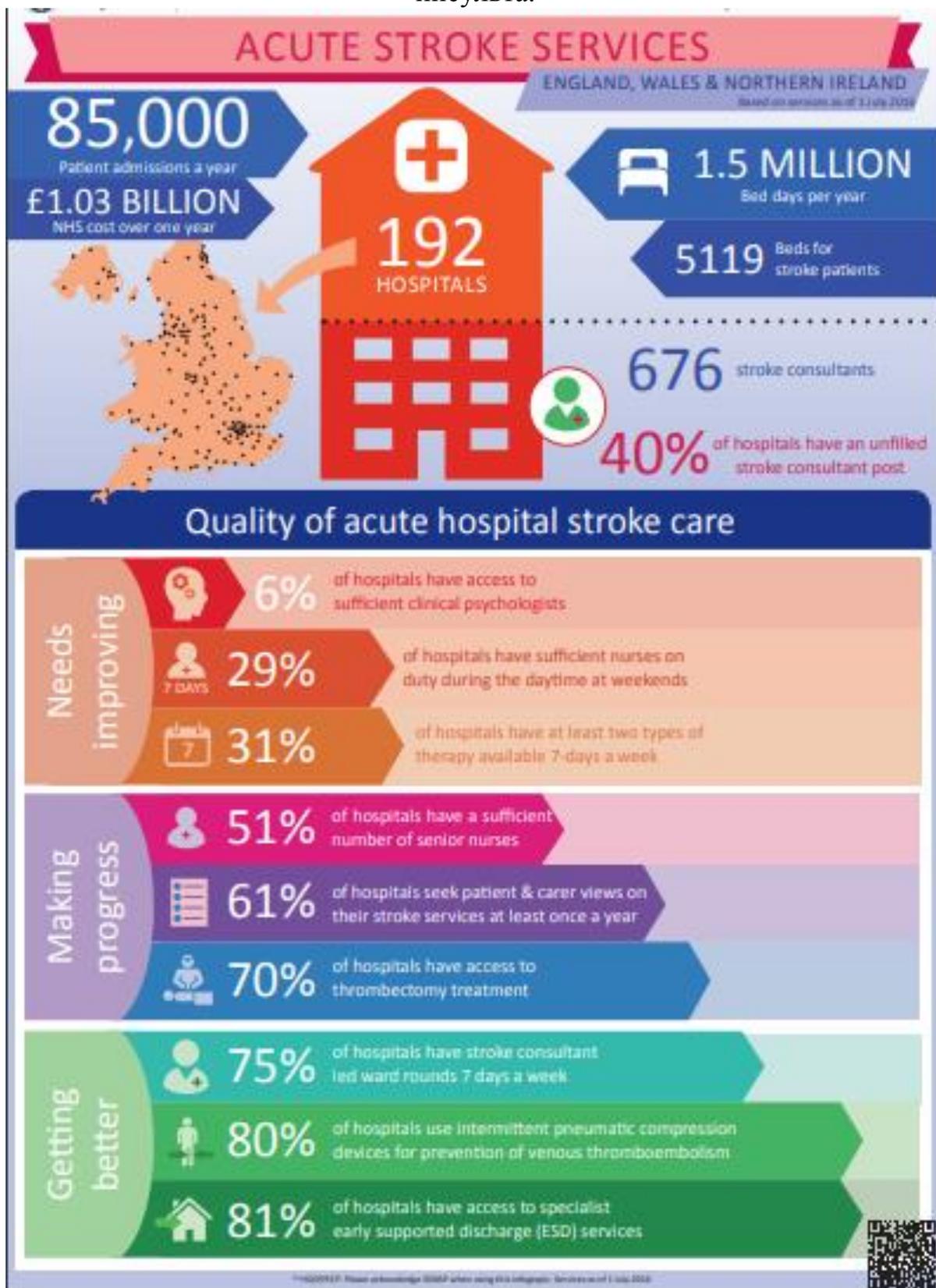
	Deaths (95% uncertainty interval)		Incident cases (95% uncertainty interval)		DALYs (95% uncertainty interval)	
	2016 counts	Percentage change in age-standardised rates, 1990-2016	2016 counts	Percentage change in age-standardised rates, 1990-2016	2016 counts	Percentage change in age-standardised rates, 1990-2016
(Continued from previous page)						
Central Europe	177 467 (166 446 to 191 258)	-43.8% (-46.6 to -40.7)	467 197 (432 780 to 499 536)	-14.9% (-18.6 to -11.1)	2 970 660 (2 770 447 to 3 170 163)	-44.4% (-47.0 to -41.6)
Albania	4751 (4108 to 5374)	-8.7% (-20.7 to 3.1)	8436 (7768 to 9130)	0.5% (-4.2 to 5.5)	73 918 (63 986 to 82 726)	-12.9% (-23.3 to -3.1)
Bosnia and Herzegovina	6446 (5608 to 7434)	-37.9% (-47.8 to -26.4)	16 687 (15 103 to 18 272)	-1.8% (-7.5 to 3.7)	112 114 (98 480 to 127 965)	-37.2% (-46.4 to -26.6)
Bulgaria	20 458 (17 924 to 23 249)	-34.4% (-43.3 to -24.6)	38 368 (34 899 to 41 894)	-14.8% (-19.9 to -9.7)	327 622 (287 167 to 369 674)	-36.5% (-44.7 to -27.8)
Croatia	7585 (6608 to 8547)	-43.2% (-51.1 to -35.0)	20 469 (19 234 to 21 532)	-10.4% (-15.8 to -4.3)	118 848 (105 388 to 132 189)	-46.5% (-53.1 to -39.4)
Czech Republic	10 169 (9355 to 11 037)	-70.6% (-73.0 to -67.8)	38 959 (35 267 to 42 806)	-30.0% (-34.7 to -24.3)	165 197 (149 489 to 181 357)	-68.5% (-71.1 to -65.6)
Hungary	13 188 (11 698 to 14 703)	-55.8% (-60.9 to -50.3)	40 003 (36 296 to 43 822)	-26.0% (-30.7 to -20.8)	232 778 (207 864 to 257 571)	-55.0% (-59.6 to -50.1)
Macedonia	4596 (4085 to 5567)	-22.2% (-29.4 to -14.9)	8147 (7377 to 8881)	-15.0% (-19.9 to -10.2)	79 720 (72 394 to 91 380)	-26.0% (-32.2 to -19.6)
Montenegro	1500 (1319 to 1662)	-12.1% (-24.0 to 1.4)	2346 (2162 to 2556)	-6.1% (-10.3 to -1.8)	23 140 (20 482 to 25 575)	-19.5% (-29.4 to -8.5)
Poland	35 815 (31 974 to 40 055)	-49.1% (-54.4 to -43.4)	124 540 (113 864 to 132 877)	-7.4% (-13.8 to 0.2)	653 330 (585 572 to 720 870)	-47.9% (-52.5 to -42.4)
Romania	49 042 (44 527 to 54 190)	-27.0% (-33.8 to -19.6)	103 102 (93 806 to 112 993)	-11.3% (-17.4 to -3.8)	776 798 (704 821 to 853 437)	-30.6% (-36.7 to -24.1)
Serbia	17 092 (14 972 to 20 989)	-34.5% (-42.1 to -26.2)	39 375 (37 480 to 41 089)	-14.6% (-20.1 to -8.7)	284 448 (254 852 to 329 446)	-36.7% (-43.1 to -29.5)
Slovakia	5056 (4456 to 5673)	-49.5% (-56.2 to -42.4)	20 560 (18 662 to 22 686)	-4.0% (-10.5 to 3.7)	95 249 (83 904 to 106 547)	-48.3% (-54.6 to -41.6)
Slovenia	1767 (1497 to 2079)	-68.1% (-72.7 to -63.2)	6204 (5829 to 6591)	-34.3% (-38.0 to -30.5)	27 499 (23 813 to 31 113)	-66.5% (-71.0 to -62.0)
Central Asia	73 150 (68 710 to 78 547)	-25.6% (-29.9 to -20.7)	141 713 (131 302 to 151 650)	-14.1% (-17.0 to -10.9)	1 606 521 (1 500 356 to 1 725 247)	-24.0% (-28.1 to -19.3)
Armenia	2355 (2097 to 2615)	-48.6% (-54.5 to -42.4)	6639 (6073 to 7203)	-20.5% (-24.9 to -16.1)	45 047 (40 282 to 49 428)	-44.8% (-50.3 to -38.9)
Azerbaijan	8022 (6726 to 9484)	-22.4% (-34.8 to -8.4)	17 221 (15 765 to 18 656)	-3.0% (-7.3 to 2.1)	171 457 (145 438 to 200 888)	-23.2% (-35.8 to -9.6)
Georgia	8978 (7770 to 10 276)	-27.4% (-38.5 to -15.4)	14 229 (13 415 to 15 012)	-10.9% (-15.4 to -6.0)	146 412 (126 819 to 168 149)	-29.7% (-40.1 to -18.2)
Kazakhstan	17 699 (15 216 to 20 895)	-25.6% (-36.4 to -11.6)	35 801 (32 918 to 38 755)	-15.2% (-19.7 to -9.8)	389 587 (335 807 to 458 020)	-24.2% (-34.7 to -10.1)
Kyrgyzstan	4588 (4180 to 5023)	-35.6% (-41.6 to -29.3)	8113 (7483 to 8759)	-24.6% (-28.4 to -20.4)	107 238 (97 607 to 117 291)	-30.4% (-36.6 to -23.7)
Mongolia	3338 (2918 to 3785)	55.7% (32.8 to 84.7)	4495 (4161 to 4837)	22.3% (17.5 to 27.1)	89 526 (77 373 to 102 783)	44.3% (22.5 to 70.7)
Tajikistan	4801 (4214 to 5562)	-10.3% (-21.7 to 4.4)	8791 (8109 to 9465)	-10.7% (-15.0 to -6.3)	102 986 (89 879 to 120 358)	-15.0% (-26.2 to -0.9)
Turkmenistan	4145 (3843 to 4436)	-12.3% (-19.0 to -4.9)	6850 (6306 to 7389)	-0.2% (-4.3 to 4.3)	108 988 (101 370 to 116 400)	-11.3% (-17.8 to -4.2)
Uzbekistan	19 223 (16 854 to 22 305)	-25.5% (-34.7 to -16.4)	39 574 (36 333 to 42 740)	-15.0% (-19.2 to -11.0)	445 281 (390 470 to 516 727)	-24.2% (-33.6 to -15.2)
Central Latin America	60 687 (56 477 to 64 599)	-42.6% (-45.9 to -39.4)	210 120 (191 977 to 227 671)	-13.5% (-16.6 to -10.2)	1 370 692 (1 292 563 to 1 445 939)	-43.2% (-46.1 to -40.2)
Colombia	11 830 (10 388 to 13 213)	-54.4% (-60.0 to -48.6)	42 277 (38 454 to 46 181)	-25.4% (-29.0 to -21.1)	249 664 (221 520 to 275 392)	-58.1% (-63.2 to -53.2)

(Table continues on next page)

Приложение 2. Мировая распространённость случаев инсульта на 100 тыс. населения по данным Global Burden of disease.



Приложение 3. Отчет SSNAP в виде инфографика по разделу острого инсульта.



Приложение 4. Образец составленной анкеты для социально-гигиенического портрета.

 <p>Уважаемый Respondent, предлагаем вам пройти анкетирование в целях определения социально-гигиенического портрета реабилитирующихся больных, перенесших инсульт, для дипломной работы. Прочитайте, пожалуйста, внимательно предложенные Вам вопросы и попробуйте ответить на них. <i>Заранее Вам благодарим!</i></p> <p>Дата: _____</p> <p>Ф.И.О.: _____</p>	
АНКЕТА	
1. ВАШ ВОЗРАСТ:	Муж. <input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/>
3. ВАШ ПОЛ:	Женат/Замужем <input type="checkbox"/> Холост/Не замужем <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдова/Вдовец <input type="checkbox"/>
4. СЕМЕИНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:	<input type="checkbox"/> Проживают с вами <input type="checkbox"/> Проживают отдельно, но посещают регулярно <input type="checkbox"/> Отсутствуют <input type="checkbox"/>
5. ДЕТИ:	<input type="checkbox"/> В городе <input type="checkbox"/> В пригороде <input type="checkbox"/> В сельской местности <input type="checkbox"/>
6. МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ:	Квартира <input type="checkbox"/> Частный дом <input type="checkbox"/> В комнате в общежитии <input type="checkbox"/>
7. УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ:	Среднее <input type="checkbox"/> Среднее профессиональное <input type="checkbox"/> Высшее <input type="checkbox"/>
8. ОБРАЗОВАНИЕ:	Сельское хозяйство <input type="checkbox"/> Торговля и услуги <input type="checkbox"/> Образование <input type="checkbox"/> Служащий <input type="checkbox"/> Военная служба <input type="checkbox"/>
9. ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:	До 50 000 <input type="checkbox"/> 50 000 - до 100 000 <input type="checkbox"/> До 150 000 <input type="checkbox"/> Больше 150 000 <input type="checkbox"/>
10. МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ПЕНСИЯ (В СЛУЧАЕ ВЫПАДАЧИ):	1-3 года назад <input type="checkbox"/> В этом году <input type="checkbox"/> Больше 3 лет назад <input type="checkbox"/>
11. КОГДА У ВАС БЫЛА ТЯЖЕЛАЯ СТРЕССОВАЯ СИТУАЦИЯ?	Иногда <input type="checkbox"/> Бросил/а <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
12. КУРИТЕ ЛИ ВЫ?	Да, больше 4 раз в год <input type="checkbox"/> Да, больше 1 раз в месяц <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
13. УПОТРЕБЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ АЛКОГОЛЬ?	Да, больше 4 раз в год <input type="checkbox"/> Да, больше 1 раз в месяц <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
14. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЗЫТОЧНЫЙ ВЕС?	Да, больше 4 раз в год <input type="checkbox"/> Да, больше 1 раз в месяц <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
15. СОВЛАДАЕТЕ ЛИ ВЫ ОПРЕДЕЛЕННУЮ ДИЕТУ?	Да, больше 4 раз в год <input type="checkbox"/> Да, больше 1 раз в месяц <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
16. КОГДА ВАМ В ПЕРВЫЙ РАЗ ДИАГНОСТИРОВАЛИ ИНСУЛЬТ?	Недавно, этом году <input type="checkbox"/> От 1-2 года назад <input type="checkbox"/> Более 4 лет назад <input type="checkbox"/>
17. ПЕРЕНЕСЛИ ЛИ ВЫ ИНСУЛЬТ ПОВТОРНО?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
18. БЫЛА ЛИ У ВАС ТРАВМА ГОЛОВЫ?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
19. СТРАДАЕТ ЛИ КТО-НИБУДЬ ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
20. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПОТВЕРЖДЕННЫЙ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ?	Да, (укажите) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
21. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
22. ЕСТЬ ЛИ У ВАС ПОТВЕРЖДЕННЫЙ ДИАГНОЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
23. В ТЕЧЕНИИ КАКОГО ВРЕМЕНИ ВЫ ПРОХОДИТЕ РЕАБИЛИТАЦИЮ?	Менее 6 месяцев <input type="checkbox"/> Почти год <input type="checkbox"/> Больше года <input type="checkbox"/>
24. КАК ЧАСТО ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ПРОХОДИТЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ?	Раз в месяц <input type="checkbox"/> Менее 3 раз в полгода <input type="checkbox"/> Не менее 3 раз в год <input type="checkbox"/>
25. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ УСТАНОВЛЕННУЮ ГРУППУ ИНВАЛИДНОСТИ?	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Приложение 5. Памятка «FAST».

F A S T

ТЕСТ



Изменения мимики
опущение одного
из углов рта при
попытке
улыбнуться

ЛИЦО



Невозможность
поднять руку,
слабость в
конечности

РУКА



Любые
нарушения
речи вплоть
до ее отсутствия

РЕЧЬ



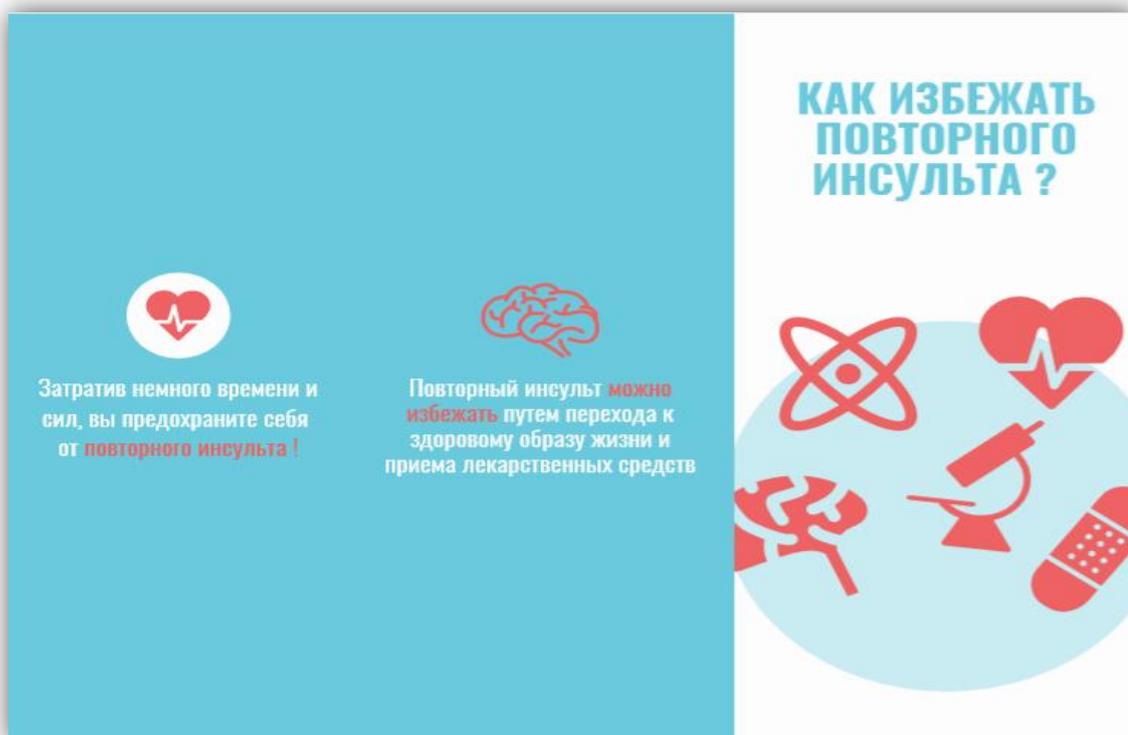
Потерянное
время = погибшая
мозговая ткань

ВРЕМЯ



При подозрении на инсульт вызвать бригаду скорой медицинской помощи!

Приложение 6. Буклет «Как избежать повторного инсульта?».

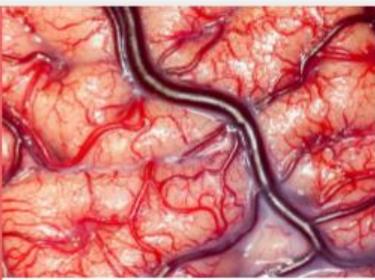


Приложение 6.1. Буклет «Как избежать повторного инсульта?».

⊘ НЕЛЬЗЯ !

- Делать "лекарственные каникулы"
- Необоснованно отменять препараты

Именно после сознательных отмен или просто пропусков доз пациенты подвергаются повторному инсульту



Общий риск повторного инсульта в первые 2 года после первого инсульта составляет от 4 до 14 %



👤 ВЫ !

- Контролируйте свое артериальное давление
- Поддерживайте нормальный вес
- Будьте активными
- Начните правильный рацион питания с низким содержанием соли и жиров и высоким содержанием фруктов и овощей
- Избавьтесь от курения
- Не употребляйте алкоголь
- Научитесь расслабляться
- Рассказывайте, что вас беспокоит
- Научитесь радоваться жизни



МОЙ
ДНЕВНИК
ЗДОРОВЬЯ

ОБО МНЕ



Ф. И. О.



АДРЕС

ТЕЛЕФОН

ИНН

ТЕЛЕФОН ОПЕКУНА



ГРУППА КРОВИ	АЛЛЕРГИЯ
РЕЗУС-ФАКТОР	

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ



ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Приложение 7.2. Дневник самоконтроля «Мой дневник здоровья».

ДАТА _____

ТЕМПЕРАТУРА _____ **АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ** _____

	ЛЕКАРСТВО	ЦВЕТ	ДОЗА	ПРИМЕЧАНИЕ
 УТРО				
 ДЕНЬ				
 ВЕЧЕР				
 НОЧЬ				



ЗДОРОВЬЕ

ЭТО ДРАГОЦЕННОСТЬ, ЕДИНСТВЕННАЯ,
РАДИ КОТОРОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО СТОИТ
НЕ ТОЛЬКО НЕ ЖАЛЕТЬ ВРЕМЕНИ, СИЛ,
ТРУДОВ И ВСЯКИХ БЛАГ,
НО И ПОЖЕРТВОВАТЬ
РАДИ НЕГО ЧАСТИЦЕЙ САМОЙ ЖИЗНИ,
ПОСКОЛЬКУ ЖИЗНЬ
БЕЗ НЕГО СТАНОВИТСЯ НЕСТЕРПИМОЙ.
БЕЗ ЗДОРОВЬЯ МЕРКНУТ И ГИБНУТ
РАДОСТЬ, МУДРОСТЬ, ЗНАНИЯ И
ДОБРОДЕЛИ.